

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

45

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Novembre 1896, à 1 h.

PAR

R. CELS

Né à Ronquerolles (Seine-et-Oise), le 8 avril 1870

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la Clinique d'accouchements (Baudelocque)

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

KERATOSE PILAIRE

ET DE SES

RAPPORTS AVEC L'ICHTHYOSE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

GAUCHER et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

De la Faculté de Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Novembre 1896, à 1 h.

PAR

R. CELS

Né à Ronquerolles (Seine-et-Oise), le 8 avril 1870

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la Clinique d'accouchements (Baudelocque)

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

KÉRATOSE PILAIRE

ET DE SES

RAPPORTS AVEC L'ICHTHYOSE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

GAUCHER et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JÔFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER.
dies de l'encéphale		RAYMOND.
Clinique des maladies cutanées et syphilit.		TILLAUX.
Clinique des maladies du système nerveux ..		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale	}	LE DENTU.
		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires ..		PANAS.
Clinique ophthalmologique		TARNIER.
Clinique d'accouchement		PINARD.
		M. PAJOT.

Professeur honoraire..

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTIER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

L'Ichthyose est une dermatose bien connue, décrite depuis longtemps, mais dans laquelle on a fait rentrer des affections qui devaient être mises à part, qui n'ont avec elle que des relations de parenté tout au plus, et que l'on doit décrire aujourd'hui sous un nom différent.

La kératose pilaire est connue à peine depuis un petit nombre d'années, un grand nombre d'auteurs la confondent encore avec l'ichthyose.

L'ichthyose et la kératose pilaire, sont-elles une seule et même affection ? Doit-on les considérer comme synonymes ou au contraire en faire deux affections bien distinctes ? tel est le sujet de notre thèse.

Pendant longtemps ces deux affections ont été confondues, bien que, comme nous le montrerons dans la suite, elles présentent, dans leur marche, leur symptomatologie, leur étiologie etc., des symptômes et des allures bien différentes. Quelques auteurs encore aujourd'hui sont partisans de l'unification, et confondent sous un même nom l'ichthyose et la kératose pilaire. C'est pour mettre au point la question, c'est pour apporter à l'appui de la dualité de ces deux affections quelques observations

nouvelles que, à l'instigation de notre maître le Docteur Brocq, nous avons entrepris ce travail.

Nous n'avons pas ici la prétention de faire quelque chose d'original ; nous voulons simplement ramasser, résumer les matériaux que nous avons pu trouver sur la question, les analyser, les critiquer au besoin et prouver par quelques observations que bien des cas étiquetés ichthyose ne sont autre chose que de la kératose pilaire.

Depuis déjà plusieurs années bon nombre d'auteurs se sont occupés de cette question tant à l'étranger qu'en France.

En 1876, il y a 20 ans, Erasmus Wilson, en 1879, Fox et depuis Lemoine, E. Besnier, Tœnzer, Brocq ont différencié la kératose pilaire de l'ichthyose. L'on peut même se demander pourquoi cette dessemblance entre les deux affections n'a pas été remarquée plus tôt, car, ainsi que l'a si bien dit notre maître le Docteur Brocq, « rien de plus banal en somme que la kératose pilaire, que « la plupart des dermatologistes relie à l'ichthyose, et « dont on faisait à peine mention jusqu'en ces derniers « temps dans les ouvrages classiques ».

Avant de montrer les points de dissemblance des deux affections ichthyose et kératose pilaire, nous ferons aussi rapidement que possible, une étude complète de l'ichthyose, telle que l'entendent la majorité des dermatologistes, et de la kératose pilaire telle qu'elle ressort des descriptions de ceux qui en font une affection spéciale ; nous ferons ensuite l'historique de la question, rappelant

les opinions de ceux qui se sont occupés de cette dualité pour montrer aux observations et à la critique que ces deux dermatoses sont bien réellement distinctes, qu'elles doivent avoir chacune une place à part dans le cadre nosologique, qu'elles peuvent se trouver néanmoins réunies sur le même sujet, tout en conservant l'une et l'autre des caractères propres, particuliers, une empreinte spéciale, qui permettra toujours de les différencier l'une de l'autre, de reconnaître les lésions de l'une et de l'autre.

Et pour baser nos dires, nous nous appuyerons, non seulement sur l'opinion de la plupart des auteurs modernes mais aussi et surtout sur nos propres observations, et sur celles que nous avons pu nous procurer ou que nous avons trouvées dans les ouvrages que nous avons compilés.

Avant de commencer cette étude nous nous faisons un devoir d'adresser l'hommage de toute notre gratitude à notre cher maître le Docteur Brocq, qui après nous en avoir suggéré l'idée, nous a guidé et éclairé de ses conseils dans nos recherches ; nous nous félicitons de lui offrir la dédicace de cette thèse.

C'est avec véritable plaisir, que nous nous conformons à l'usage en remerciant ici les maîtres excellents, qui pendant le cours de nos études médicales ne nous ont ménagé ni leurs leçons, ni leurs conseils, ni leur bienveillance.

Ce nous est un devoir agréable de remercier tout d'abord Messieurs Périer, Chauffard et Duguet qui ont été

nos premiers maîtres dans les hôpitaux et ont guidé notre esprit inexpérimenté dans la clinique chirurgicale et médicale.

Que MM. Muselier, Gilbert, Achard, Petit et Pinard, reçoivent nos remerciements bien sincères pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée durant nos années d'externat.

Remercions également le Docteur Sabouraud pour les quelques idées qu'il a bien voulu nous suggérer au sujet de cette thèse, ainsi que notre ami M. le Docteur Piaggio, qui a bien voulu nous prêter son concours pour la traduction de divers passages de l'ouvrage de Unna.

Nous sommes infiniment sensible à l'honneur que nous fait M. le Professeur Fournier, en acceptant la présidence de notre thèse ; et qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements.



CHAPITRE PREMIER

De l'Ichthyosé

Les définitions de l'ichthyose sont nombreuses et différentes les unes des autres au premier abord, car les dermatologistes ont considéré pour définir cette affection, soit l'étiologie, soit la symptomatologie, soit l'anatomie pathologique, etc....

Elles sont toutes très longues, et sont en somme plutôt une description de l'affection qu'une définition. Elles ont à notre avis le grave inconvénient de n'être pas assez concises.

C'est ainsi que Hébra considère l'ichthyose « comme
« une altération de la peau, caractérisée par la formation
« de masses épidermiques, blanches, minces comme du
« papier, ou d'une teinte vert grisâtre, brune allant jus-
« qu'au noir, rudes au toucher, adhérant intimement au
« derme sous jacent faisant ressortir d'une manière plus
« accentuée les sillons et les lignes qui existent sur l'épi-
« derme à l'état normal. »

Guibout définit l'ichthyose une hypertrophie généralisée en vaste nappe, entourant le plus souvent le corps tout entier. L'épiderme est dur, sec, aride, épais, cassant, rugueux analogue à la peau de poisson. De cette surface se

détachent souvent des squames minces ou pulvérulentes souvent épaisses, pigmentées, cornées, qui a permis à Bazin de lui donner le nom de difformité exfoliatrice.

D'après Hardy l'ichtyose est un vice de conformation congénital ou acquis d'un ou de plusieurs éléments de la peau, lequel une fois développé persiste habituellement toute la vie sans trouble de la santé générale.

Notre maître le Docteur Brocq (1) plus concis définit « l'ichtyose une difformité cutanée congénitale » et il ajoute pour décrire, pour ainsi dire en quelques mots l'affection : « caractérisée par un défaut de fonctionnement « des glandes de la peau qui reste constamment sèche, « et par une altération de la fonction cornée de l'épiderme « lequel est soumis à une desquamation incessante. »

Chatelain dans son traité Iconographique des maladies de la peau (p. 228) définit l'ichtyose « une difformité « de la peau congénitale, mais n'apparaissant que quelques mois après la naissance, toujours avant la 3^e année, « caractérisée par la sécheresse et la desquamation continue du tégument. »

Pour être plus brefs, moins scientifiques, mais plus clairs peut-être, pourquoi ne pas s'en tenir strictement à l'étymologie du mot, qui donne une idée nette de l'affection : L'ichtyose est une difformité dans laquelle la peau est couverte de petites squames lui donnant l'aspect de peau de poisson.

Sans doute cette définition de l'ichtyose est loin d'être

(1) Brocq et Jacquet (dermatologie, T. II, p. 32.

parfaite et d'embrasser la généralité des cas, elle nous semble cependant assez claire, pour que sans plus amples explications, on reconnaisse à première vue un malade atteint d'ichtyose ; plus concise à coup sur que ces définitions qui veulent embrasser à la fois les cas généraux et les cas particuliers.

Cette affection n'est pas de date récente, elle est connue et étudiée depuis longtemps déjà. Au milieu du 17^e siècle, en 1652, Panaroli en fait mention et on retrouve dans les écrits de Marcel Donati et Schenck quelques faits isolés, d'affection squameuse. En réalité dit Thibierge (1) et quoique quelques-uns de ses prédécesseurs l'aient tenté, c'est à Willon que l'on doit la première description régulière et un peu complète de l'ichtyose.

Alibert décrit l'affection en France, en suivant les données de Willon et Bateman. Les travaux de Er. Wilson vinrent mettre au point la description symptomatologique de l'ichtyose.

Etiologie. — La majorité des auteurs constatent que l'ichtyose est héréditaire. Brocq dit « l'ichtyose est très souvent héréditaire » (2). Lallier également. On trouve de nombreuses générations successives, atteintes d'ichtyose, mais cette règle admet des exceptions, et souvent on peut trouver une génération indemne : l'aïeul et le petit fils payant leur tribut, le fils étant indemne. Dans un certain nombre de cas un ou deux enfants de toute une famille,

(1) (Article du dict. Dechambre, T. XV, p. 360).

(2) Brocq et Jacquet, Dermatologie, T. II, p. 32, lign. 16).

quelquefois tous les enfants mâles, ou tous les enfants du sexe féminin sont seuls atteints.

Les opinions sont partagées au point de vue des sexes, les uns l'ont observée plus fréquemment chez l'homme d'autres chez la femme. Ceci n'a pas d'ailleurs grande importance, et il est probable que l'affection est aussi fréquente, aussi commune chez l'un que chez l'autre. Les pays, les professions, n'entrent pour aucune part dans l'étiologie, cependant les gens propres, soigneux de leur personne, ont des lésions moins accentuées que les manouvriers. Enfin ajoutons que, pour quelques-uns, elle peut prendre naissance à la suite d'une impression morale, d'une peur, etc. Pour Tommasoli, l'ichthyose se développe quelquefois plus tard que 2 ans; il est un cas où elle se serait développée à 20 ans (1). Il veut admettre une ichthyose paratypique par raison d'époque de son apparition.

Enfin, l'ichthyose débute quelquefois pendant la vie intra-utérine. Fourgs (dans sa thèse) en cite trois cas.

Symptômes de l'Ichthyose. — Dans notre description de l'ichthyose nous n'avons en vue que l'ichthyose vraie, telle qu'elle est décrite aujourd'hui, sans discuter les observations étiquetées encore ichthyose par quelques auteurs, et qui ne sont pas de l'ichthyose vraie; nous ferons cette discussion quand nous aborderons l'historique de la kératose pilaire, et quand nous montrerons les différences qui séparent nettement l'une de l'autre ces deux affections. La confusion règne encore parmi de nombreux traités

(1) Tommasoli, Annales dermat. 93, p. 533

classiques, c'est elle que nous voulons faire disparaître en montrant aussi clairement que possible les caractères différentiels de ces deux affections.

L'ichthyose ne se développe guère avant vingt-quatre mois après la naissance. Nous ne parlons pas, bien entendu, pour le moment de l'ichthyose intra-utérine qui est une affection différente.

L'ichthyose est le plus souvent généralisée, mais elle peut être circonscrite, localisée à certaines parties du corps.

Assez souvent, dit Hardy (1), « l'ichthyose est circonscrite à une région ou à plusieurs régions voisines, quelquefois même elle n'occupe qu'une étendue assez restreinte ». Il fait remarquer qu'il a eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces ichthyoses qui ont été à peine mentionnées par quelques auteurs et qui donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic. Il est bon de noter que l'époque où Hardy écrit ces lignes est déjà lointaine et qu'aujourd'hui, dans les traités classiques de dermatologie, on trouve la description de ces ichthyoses localisées.

C'est ainsi que Brocq dit : « on peut considérer comme constituant de véritables *ichthyoses localisées* des faits dans lesquels certaines régions du corps, en particulier la paume des mains, la plante des pieds présentent depuis la naissance et pendant toute la vie de la sèche absolue des téguments, de l'épaississement plus ou moins marqué de la couche cornée (keratodermies symétriques congénitales) sans qu'il se produise jamais la

(1) Nouv. dict. de méd. et de chirurg. T. XVIII, p. 305. 1874.

« moindre réaction inflammatoire aigüe, appréciable du côté du derme (1) ».

Ces ichthyoses locales ne se rencontrent pas seulement dans certaines régions du corps ; comme le dit fort bien Hardy, on peut les trouver sur toutes les régions, mais on les rencontre surtout aux endroits indiqués plus haut.

Comme nous le disons au chapitre suivant, Hardy a fait rentrer dans l'ichthyose des altérations qui ne s'y rattachent nullement et que l'on décrit sous le nom de kératose pilaire. Nous n'en parlons donc pas à propos de l'ichthyose, devant réfuter au long ses descriptions étiquetées Ichthyoses locales.

L'Ichthyose est bien plus souvent généralisée, tout en étant plus marquée en certains points de prédilection. Ces points, où la difformité est le plus accusée, sont les régions externes des membres, les coudes, les genoux. Elle est, au contraire, à peine visible là où les sécrétions cutanées sont abondantes à l'état normal, c'est-à-dire sur les mains, aux environs des parties génitales, aux aisselles et on la trouve rarement, mais cependant quelquefois, à la paume des mains et à la plante des pieds (ichthyoses locales de Hardy).

Les téguments sont secs, rudes au toucher, râpeux ; à leur surface se trouvent de petites squames qui se détachent facilement et incessamment, formées de lamelles épidermiques de dimensions, d'aspect, de forme, de coloration variables. Elles tombent et se reproduisent sans cesse. « suivant leur aspect, leur coloration, leur abondance,

(1) Brocq et Jacquet (loco citato. p. 33).

leurs dimensions on en décrit de nombreuses variétés ». (Brocq).

Alibert admettait l'ichthyose nacrée, cornée et pelagre. Lallier l'ichthyose xérodermique, squameuse et cornée. Brocq décrit l'ichthyose xérodermique, nacrée, pityriasique, blanche, noire, serpentine, cornée, hystrix.

La xérodermie a pour caractère particulier la sécheresse de la peau, aussi Erasmus Wilson voulait-il donner à l'ichthyose le nom de xérodermie pour faire ressortir dit Hardy « le caractère le plus important et le plus constant « de l'ichthyose savoir, la sécheresse de la peau ; la des-
« quammation de la peau dans cette variété étant à peine
« marquée ».

Dans l'ichthyose nacrée les squames sont épaisses, brillantes, et ressemblent à des écailles de poisson. Si les squames sont blanches, éclatantes, on se trouve en présence de l'ichthyose alba ; si au contraire ces squames sont grisâtres ; d'un ton sale, ce qui est fréquent, on a la variété de l'ichthyose nigra. Il arrive même dans quelques cas que la coloration de la peau prend une teinte brune et même tout à fait noir. Si au lieu d'être épaisses et larges, ces squames sont fines comme dans le pityriasis « n'en
« différant dit Hardy que par une adhérence plus forte à
« la peau ». On a la variété pityriasique de Hardy.

Dans l'ichthyose serpentine, ou sauriosis, sauriderma (E. Wilson), la peau ichthyosique prend l'aspect de la peau des reptiles.

La sécheresse de la peau est remarquable, elle pré-

sente des lignes s'entrecroisant et forme des plaques de formes et de dimensions variables, losangiques, polygonales, etc. — La coloration de ces plaques est en général foncée, sans être uniforme, mais bien plutôt tachetées, ce qui contribue à lui donner plus de ressemblance encore avec la peau des sauriens.

Alibert cite le cas d'une jeune actrice, dont la peau de l'abdomen présentait, dit-il, l'aspect et la couleur de celle d'une couleuvre. Suivant la prédominance de tel ou tel élément on en fait l'ichthyose serpentine ou saurienne.

Les squames au lieu d'être lamelleuses, sont quelquefois coniques saillantes, « figurant la chair de poule exagérée (Hardy) ». Au toucher, la peau fait l'effet d'une râpe. Plus prononcée, la peau est parsemée d'excroissances verruqueuses. Les saillies ont-elles la forme épineuse coniques, simulant des excroissances acuminées (hommes porc-épic, famille Lambert citée par Buniva Alibert), on désigne l'affection sous le nom d'ichthyose kystrix.

Ces variétés que nous venons d'étudier rapidement, se trouvent souvent réunies sur le même sujet ; cette description est schématique, théorique plutôt que clinique.

« Les différentes formes que nous venons de décrire, « dit Thibierge (1) peuvent se combiner et en fait se combinent souvent entre elles ; si rebelle, si ancien, si long-temps abandonné à lui-même que soit un cas d'ichthyose, « il est bien rare qu'il ne présente pas à côté des lésions

(1) Dict. Dechambre, T. XV, p. 867.

« les plus intenses et les plus avancées des altérations d'un
« degré moindre, et ces lésions d'ordre inférieur occupent
« précisément les régions qui dans la règle sont plus par-
« ticulièrement respectées. »

Tommasoli admet dans l'ichthyose la rougeur et le prurit, non comme une complication, mais comme un symptôme, inconstant il est vrai.

Marche. — L'ichthyose n'a pas à proprement parler d'évolution. Elle débute dans les premiers mois de la vie et reste à peu près stationnaire sans aggravation, sans complications; elle est persistante « telle elle existe à la
« puberté, telle on la retrouve à l'âge adulte ou dans la
« vieillesse » (Thibierge). Les cas de guérison signalés ne semblent pas être de l'ichthyose.

L'été la lésion paraît s'atténuer, la sudation étant plus abondante l'hiver, la peau redevient telle qu'elle était auparavant : Nous aurons précisément à insister sur cette absence d'évolution comme étant un grand caractère distinctif entre l'ichthyose et la kératose pulaire.

Tommasoli (1) refuse de considérer l'ichthyose comme une difformité en tant que maladie sans évolution. Elle en aurait une, dit-il, fort lente, dépassant par sa durée l'évolution progressive du corps humain. De plus il admet qu'elle puisse guérir quitte à récidiver comme on voit le faire souvent le psoriasis et bien d'autres maladies.

Anatomie pathologique. — Les auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique de l'ichthyose sont

(1) Tommasoli. Annales dermat., 1893, p. 535.

arrivés à des résultats bien différents. Nous allons consigner ces résultats et tâcher de les analyser.

« Cela tient sans doute, dit notre Maître le docteur « Brocq, à ce que certains d'entre eux ont donné des examens histologiques de nævi verruqueux comme étant « de l'ichthyose kystrix ».

Nous étudierons les lésions du derme et de l'épiderme des glandes sudoripares et sebacées, des follicules pileux.

Derme. — Les papilles sont hypertrophiées. Cette hypertrophie des papilles est admise par presque tous les auteurs, tantôt elles sont aplaties, tantôt allongées, avec granulations pigmentaires. (Fourgs, th. de Paris, 1880).

Cette hypertrophie est surtout marquée dans l'ichthyose kystrix, elle manque d'après quelques auteurs. Audry, de Toulouse (1), étudiant les fragments de peau excisée de l'avant-bras d'un enfant de dix ans, atteint d'ichthyose serpentine d'intensité moyenne trouve « que les papilles ne sont pas augmentées de volume ni de hauteur », mais dit-il « de loin en loin on trouve des papilles qui présentent un brusque relèvement aigu ».

Les papilles pour Unna, ainsi que les bourgeons interpapillaires sont aplaties et se terminent carrément. D'après lui, dans le corps papillaire, il y a constamment des cellules en quantité anormale, indice de la nature inflammatoire de l'affection.

Pour Tommasoli, on trouverait dans cette couche un grand nombre de noyaux autour des capillaires san-

(1) Audry. Annales dermat., 1893, p. 395.

guins restés de calibre normal. Le tissu collagène (élastique) est épaissi ; dans les cas anciens, les faisceaux musculaires sont hypertrophiés surtout au niveau des follicules pilo-sebacés.

Esoff de St-Petersbourg trouve que les tuniques des artérioles des papilles sont hypertrophiées dans leur ensemble, quant aux tuniques internes des veines elles seraient naturellement épaissies.

Audry en 1893 ne trouve aucune altération des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Enfin dans les papilles on trouve une prolifération embryonnaire ou même fibreuse dont l'intensité varie. (Neuman, etc.)

Dans les papilles du réseau de Malpighi on trouve à peine trois ou quatre rangées du réseau recouvertes d'une stratification énorme de cellules cornées.

Cornil et Ranvier (1) « notent aussi dans l'ichthyose kystrix l'allongement des papilles, et les trouvent recouvertes de couches épaisses d'épiderme » comme d'autant de petits papillomes.

Les fibres élastiques du derme sont très développées pour Audry, il trouve aussi une diminution du tissu conjonctif du derme.

Pour Tommasoli, outre les lésions épidermiques, on constate : « des lésions de la partie superficielle du derme, « caractérisées tantôt par la présence de cellules rondes « ou fusiformes, situées autour de vaisseaux dilatés, tantôt

(1) Cornil et Ranvier. Hist. path., t. II, p. 798.

« par la présence d'un grand nombre de noyaux ovales ou « aplatis situés autour des faisceaux connectifs, tantôt par « la condensation du derme qui est aminci » (1).

Quant à l'épiderme, ses lésions portent sur les différentes couches profonde et superficielle.

Le corps muqueux de Malpighi est tantôt normal (Campana), tantôt hypertrophié (Neuman), tantôt atrophié (Leloir), Unna l'a vu atrophié dans l'ichtyose nitida.

Audry (de Toulouse) a trouvé « le corps muqueux « sensiblement aminci, les cellules ayant un aspect spécial, globuleuses, à noyaux volumineux, régulier, rem- « plissant presque la cellule. Le protoplasma est très clair, « les filaments nutritifs sont peu prononcés, le picro-carmin « seul les laisse voir, ils sont peu nets. — Nulle trace de « diapédèse, aucun signe d'inflammation. Cette aspect « globuleux des cellules nous a paru, dit-il, tout à fait re- « marquable ».

Kaposi (2) trouve qu'il y a « transformation kérati- « neuse prématurée des cellules épineuses du réseau de « Malpighi, d'où il résulte que les masses kératinisées en- « core reliées entre elles par leur prolongement épineux, « épaissies par de nouvelles poussées, restent cohérentes, « ne se détachent pas, prennent un aspect sale, parce que « les cellules cornées acquièrent avec le temps une teinte « plus prononcée ».

Pour Unna la couche des cellules dentelées est amin-

(1) Tommasoli. *Annales derm.*, 92, p. 406.

(2) Kaposi. *Ann. dermat.* 95, p. 687.

cie « dans la cellule, le protoplasma a un volume relative-
« moindre que celui du noyau. Il y a surtout diminution
« non pas du nombre des cellules mais bien dans le volume
« de ces mêmes cellules. Leur forme aussi a changée ;
« leur face inférieure n'est plus ce qu'elle était normale-
« ment, car les couches qui forment ces cellules sont anor-
« malement aplaties. Cette couche est manifestement col-
« lée à la couche superpapillaire, uniformément, formant
« une surface plane ; ses cellules sont disposées toutes
« dans un plan exactement horizontal ».

Ranvier admet aussi l'épaississement de la couche cornée, Audry au contraire, tout en admettant l'augmen-
tation de son épaisseur, trouve que la couche cornée
« présente cette particularité que les stratifications qui la
« constituent ne sont nullement cohérentes mais clivées
« les unes aux autres, elles sont donc dépourvues d'adhé-
« rences contre elles ».

Pour Unna la couche cornée descend dans les enton-
noirs folliculaires pilo-sebacés, mais respecte le plus sou-
vent les pores sudoripares.

Quant au stratum granulosum, « cette couche est évi-
« demment développée d'une manière exagérée (Audry),
l'éleidine est augmentée en totalité, distribuée régulière-
ment sans égard pour le sommet des papilles. Unna trouve
l'absence de la couche granuleuse tout en admettant la
kératinisation des cellules cornées dépourvues de noyau.

Pour Tommasoli ce stratum serait composé d'une ou
deux rangées de cellules (1).

(1) Tommasoli. *Annales derm.* 93, p. 711.

Les lésions des poils décrites par les auteurs en partie par Thibierge dans son article Ichthyose sont des lésions de keratose pileaire, notamment la xerodermie pileaire de Lemoine. Nous ne les donnerons pas ici, devant les étudier tout au long dans le chapitre de la keratose pileaire. Cependant Unna insiste sur l'invasion du follicule pileux par la dégénérescence cornée, dégénérescence lente à se produire, ce qui explique pourquoi l'orifice des follicules ne fait pas de saillie appréciable à la surface de la peau. Tantôt les cellules ont obstrué en partie le follicule, le poil est en spirale, tantôt au contraire l'orifice étant entièrement bouché, le conduit est transformé en un kyste pileaire fermé, dit-il. Ce kyste ne communique pas avec une glande sébacée. Dans le kyste on trouve presque toujours des poils. Unna a observé ces lésions dans des cas d'ichthyose serpentine, sont-elles bien dues à des altérations d'ichthyose?

Les poils sont dans l'ichthose peu lésés, les lésions sont ici secondaires, elles sont au contraire principales dans la kératose pileaire.

Glandes sébacées. — Elles manquent quelquefois pour Neuman. Souvent diminuées de volume, et altérées dans leur forme; quelques-unes sont atrophiées, d'où disparition du poil ou sa cassure à leur niveau. Unna les trouve presque méconnaissables. Audry les trouve petites, ratatinées, leurs cellules se colorent uniquement en un rouge vif par le picrocarman. Elles sont également ratatinées, comme en voie d'atrophie. Cornil et Ranvier les ont vues

présenter des altérations kystiques. Dans une observation d'ichthyose avec sebarrhée on a trouvé une hypertrophie des glandes sébacées.

Glandes sudoripares. — Sont également altérées (Esoff).

Bærensprung les a vues intactes. « Il y a des lésions
« caractéristiques des glomerules qu'Unna a décrites le
« premier. La lumière du tube sécréteur est dilatée ; ses
« cellules de revêtement ont une bordure claire, vitreuse,
« analogues à celles des canaux excreteurs elles ne
« contiennent pas de granulations graisseuses, et fonctionnent évidemment moins activement, de là dépend l'anhydrose et l'asteatose remarquables de cette affection.

Pour Tommasoli elles sont normales.

Audry a trouvé que les glandes nombreuses et bien développées sont situées dans un plan relativement profond.

En somme les lésions trouvées dans l'ichthyose sont des plus variables, ce qui tient à plusieurs causes. D'abord les différents auteurs ont étudié des cas d'ichthyose de gravité différente, de caractères différents également. Ensuite et surtout bien des cas dont on a fait l'anatomopathologie comme étant de l'ichthyose étaient tout autre chose.

Pathogénie de l'ichthyose. Tommasoli se basant sur l'anatomie pathologique que nous avons étudiée ne nie pas l'hérédité de l'ichthyose mais il se demande « si
« les modifications qui se produisent dans son aspect,

« c'est-à-dire les lésions dermiques, ne tiennent pas à des
« causes toxiques, à des modifications dans les humeurs,
« retentissant sur la circulation et la nutrition de la peau. »

Il nous paraît du reste intéressant de rapporter ici en
propres termes, la manière dont Tommasoli conçoit la der-
matose qui nous occupe en ce moment (1) « sion considère
« l'épiderme comme un vrai organe parenchymal cons-
« titué par le corps papillaire qui en représente le stroma
« par des couches épithéliales qui en représentent le paren-
« chyme, nous entendons l'ichthyose, comme une affec-
« tion véritable et propre à cet organe parenchymal. L'aff-
« fection est souvent héréditaire, quelquefois simplement
« congénitale rarement acquise. Elle est habituellement
« légère et torpide, symétriquement diffuse et prédomine
« en général dans les régions où la peau est la plus aride
« la moins souple, la moins délicate. Elle a un cours chro-
« nique et bien souvent interminable avec des améliora-
« tions possibles en été, même spontanées, compatible
« avec la bonne santé. Connexe avec un vice plus ou
« moins grave de la fonction sudorale, elle commence par
« un processus phlogistique paratypique insidieux et lent
« du stroma épidermique, d'où il résulte une augmentation
« des couches cornées par suite de l'hypertrophie active
« du parenchyme épidermique. Elle se termine quand rien
« n'en modifie le cours par une sclérose superficielle atro-
« phique du stroma épidermique jointe à l'angiectasie endo-

(1) Tommasoli annales derm. 93 p. 536 et suivantes. sur l'his-
tologie et pathogénie de l'ichthyose.

« papillaire, d'où à cause de la consécutive diestrophie
« du parenchyme superposé, il résulte également, une
« augmentation des couches cornées, qui écaillent con-
« tinuellement sans une augmentation correspondante
« des couches épithéliales inférieures. Son origine doit
« très probablement être cherchée dans une auto-intoxi-
« cation chronique encore à déterminer. »

Généralisant sa pensée il pense que les affections chroniques de la peau se traduisent par des troubles de kératinisation qui sont sous la dépendance de cette même cause. Enfin d'après lui, « l'ichthyose peut se produire à
« une époque quelconque de la vie, suivant que la con-
« dition morbide, nécessaire pour que l'organisme fabri-
« que les substances toxiques ichthyogènes, est acquise
« par l'ichthyosique au moment de la naissance, pendant
« la vie intra-utérine ou à une époque plus tardive ; l'ex-
« tension et la marche de la maladie étant dues à la quan-
« tité et à la qualité des substances toxiques kératotoxi-
« gènes. »

Tommasoli (1) en propres termes fait donc de l'ichthyose une affection cutanée sous la dépendance d'une toxine, affection qui aurait donc au point de vue étiologique, de grands points de ressemblance avec la fièvre ortiée. Aujourd'hui tous les dermatologistes admettent en

(1) Tommasoli. Traduct de Thibierge annal. Dermat 92 p. 405
et suivantes.

effet que, si les sujets atteints d'urticaire sont des malades dont le système nerveux est plus ou moins atteint, il n'en est pas moins démontré que l'éruption caractéristique se développe à la suite d'intoxication, que ces produits toxiques soient introduits par l'alimentation (fraises, moules, charcuterie, mets faisandés, poisson de mer, etc.) ou que ces toxines soient produites par l'organisme lui-même.

Les toxines de toute nature fabriquées par l'organisme ne rencontrent plus d'adversaires depuis les recherches récentes de M. le professeur Bouchard et ses élèves.

Les idées de Tommasoli ont surtout le mérite d'avoir été émises à une époque où les notions sur les toxines étaient peu connues et trouvaient même parmi les auteurs qui s'occupaient de pathologie générale de nombreux délateurs. En effet Tommasoli écrivait en 1889 et 1891, et depuis ces idées, qui pouvaient paraître surannées à cette époque, ne nous paraissent pas manquer d'originalité.

Cependant tout d'abord si ces idées sont exactes, si elles sont démontrées par l'observation et l'expérimentation dans le domaine de la pathogénie générale, il n'en est pas de même pour ce qui touche l'ichthyose. Ces toxines entrent peut-être pour une part dans la production de ces ichthyoses, qui se déclarent à la suite d'émotions vives, d'une impression morale, d'une peur, et dont nous avons parlé à propos de l'étiologie, mais ce sont là des ichthyoses accidentelles et non pas congénitales.

Ces faits qui n'ont pas été étudiés à notre connaissance du moins, avant d'être admis, demanderaient confirmation.

Mais on ne voit pas bien comment l'ichthyose étant considérée par la majeure partie des dermatologistes comme une difformité cutanée congénitale pourrait être produite par des toxines. Les auteurs qui réfutent l'opinion de Tommasoli se basent sur l'absence d'évolution de l'affection, qui reste sans se transformer, n'a pas de marche spéciale, reste ce qu'elle est pendant toute la vie.

Tommasoli à l'appui de son dire fait remarquer qu'on a cité des faits dans lesquels l'ichthyose est devenue aiguë et s'est transformée en catarrhes plus élevés et plus nets tels que psoriasis, eczémas, dermatites ou pityriasis rubra. Mais Thibierge ajoute : « que ces faits méritent une discussion pour ne pas dire une réfutation. »

Unna tend à considérer l'ichthyose comme une hyperkératose infectieuse tendant à la parakératose.

Leloir ayant trouvé deux cas de lésions évidentes des nerfs cutanés, et dans les deux, des lésions des racines postérieures et antérieures, conclut « qu'il est presumable « que ces cas d'ichthyose sont en relation avec des altérations des nerfs cutanés, et peut-être des racines postérieures. » Unna rejette cette interprétation et discute longuement à ce sujet. Il ajoute même que Campana et lui n'ont pas trouvé de lésions nerveuses et que tout en admettant en théorie que les lésions des nerfs exercent une action quelconque dans les ichthyoses sur l'hyperkératose et la dégénérescence, il se demande de quelle nature est cette affection.

Le Dr Leredde (1) croit qu'il n'existe pas à l'origine un trouble des vaisseaux, du milieu sanguin dans les premières années de la vie, déterminant les lésions épidermiques qui caractérisent l'ichthyose.

(1) Leredde. *Annales dermat.*, 1890, p. 822.



CHAPITRE II

Kératose pilaire

On désigne sous le nom de kératose pilaire (xérodermie pilaire, lichen pilaire, ichthyose folliculaire ou ansérine), une dermatose des plus fréquentes qui est essentiellement caractérisée dans sa forme la plus atténuée par de toutes petites papules blanches ou rouges, circumépilaires, situées à la partie postérieure ou externe des membres, des bras en particulier : telle est la définition que notre maître le docteur Brocq donne de la kératose pilaire.

Nous ne nous étendrons pas ici, sur les travaux qui ont été faits au sujet de la kératose pilaire, car ces travaux relevés avec soin composeront dans la suite de ce travail tout un chapitre à part. Nous dirons tout simplement qu'Erasmus Wilson le premier a appelé l'attention sur cette affection dans une leçon sur la Kératose pilaire de la face. qu'il appelle folliculitis rubra ; que William Fox dénomme cocotrophia follicularum. Depuis ces derniers travaux des recherches nombreuses ont été entreprises, de tous côtés en particulier par Lemoine, E. Besnier, Tœnzer, Brocq, Unna, etc...

Etiologie.— La kératose pilaire semble, dit Brocq « être « très fréquente sur les sujets dits strumeux, mais elle ne

« s'observe pas exclusivement chez eux ». Comme l'ichthyose, la kératose pilaire est très souvent héréditaire. Nous publions dans nos observations (VIII et IX) deux cas types de kératose héréditaire ; la mère présente une légère kératose à la face postérieure des bras, mais néanmoins très caractéristique ; l'enfant âgé de 9 ans présente les symptômes de la kératose typique. Dans l'autre c'est un début vers 15 ans chez la mère et la fille de kératose rouge.

G. Lemoine insiste sur la fréquence de la kératose pilaire qu'il appelle ichthyose ansérine, chez les sujets strumeux et il dit en propres termes : « l'affection que nous « entreprenons de décrire ici sous le nom d'ichthyose ansérine est une des manifestations cutanées de la scrofule « que l'on rencontre fréquemment chez les enfants ».

Nous devons faire remarquer cependant que bien souvent on ne trouve pas traces de ce que l'on a coutume d'appeler strume (polyadénites, écouilles, lobules de l'oreille fendue par les boucles d'oreilles) chez les sujets atteints de kératose pilaire, quelques-uns ont cité la concomitance de la tuberculose pulmonaire et de la kératose pilaire. On la trouve aussi assez fréquemment chez des lupiques, chez les sujets à la congestion du visage. Nos recherches personnelles entreprises à ce sujet ne coïncident pas entièrement avec celles des classiques, nous avons pu trouver de nombreux cas, (observations I. II. III. X. XI. XIII.) où on ne remarque aucune trace de scrofule, quant à la fréquence de la tuberculose réunie avec la kératose sur le même sujet voici ce que nous avons trouvé aux enfants

malades, chez 11 enfants de 2 à 8 ans pris indistinctement mais atteints de kératose pilaire 3 tuberculeuses soit pulmonaire soit osseuse, chez 12 enfants de 8 à 15 ans également kératosiques 5 tuberculeuses. Quoique le nombre des enfants examinés soit peu considérable, il n'en est pas moins vrai que la proportion de tuberculose chez les kératosiques est peu élevée atteignant à peine un tiers, et que l'on trouve bien fréquemment des kératosiques bien portants dont les antécédents sont absolument normaux et indemnes de scrofule.

La kératose est d'une fréquence extraordinaire, nous avons relevé tous les malades atteints d'affections les plus diverses embrassant tous les âges, et nous avons trouvé que les individus atteints de kératose pilaire, l'étaient dans une proportion de 40 à 77 %. Ainsi donc, Brocq avait raison de dire : « c'est une affection des plus communes ; sur 100 personnes prises au hasard, il y en a 60 à 80 qui ont, ou qui ont eu de la kératose pilaire blanche ou rouge, des membres ou de la face. »

La thératose est moins commune à la face, quoiqu'elle soit loin de constituer dans cette région une rareté pathologique.

Localisations. — La kératose pilaire a des localisations caractéristiques et bien nettes, et ses symptômes varient suivant le lieu où on la trouve. La face postérieure des bras est pour ainsi dire le lieu de prédilection de cette affection, viennent ensuite les régions externes et postérieures des cuisses, les mollets et le bas des jambes. On la trouve aussi à la face et en particulier aux sourcils, aux

parties latérales des joues, au front, à l'espace intersourcilier, aux parties supérieure et médiane du menton, aux oreilles, enfin au cuir chevelu, mais ici les lésions qui en dépendent sont encore bien mal connues.

Suivant les conseils de notre maître, le Dr Brocq, nous étudierons la kératose pileaire, successivement au tronc, aux membres, à la face et aux cheveux.

Kératose pileaire du tronc et des membres. — Comme nous venons de le montrer, c'est la face postérieure des bras, qui est le siège de prédilection de l'affection. Ce qui frappe tout d'abord à l'examen superficiel de cette région, ce sont de petites élevures, solides, rudes au toucher, formant une sorte de papule dont la dimension est variable, en général, de la grosseur d'une fine tête d'épingle. Ces papules, tantôt très disséminées dans les cas peu intenses, quelquefois presque confluentes dans les cas très accentués, sont situées autour des follicules pileux. Souvent elles sont surmontées d'une petite squame qui, enlevée par le grattage, laisse voir un poil enroulé ou atrophié.

Si ces papules sont blanchâtres ou noirâtres, on est en présence de kératose pileaire blanche ; c'est dans ce cas que les papules sont disséminées. Si au contraire elles se rapprochent plus les unes des autres et sont en plus grand nombre, elles prennent souvent une teinte rosée, rouge vif ou rouge bleuâtre, formant la variété kératose rouge. Cette plus ou moins grande intensité dans la coloration serait presque toujours, pour le Dr Brocq, en relation

directe avec le volume de la papule et avec le développement de l'affection.

S'il y a confluence, la coloration rouge des papules s'étend à la peau intermédiaire, mais elle est toujours moins foncée en couleur, et comme elle, disparaît toujours à la pression, laissant une plaque blanche, faisant contraste avec la rougeur voisine, mais disparaissant presqu'en même temps que la pression.

Ce poil que nous avons montré caché sous la squame qui surmonte la papule, est très mince, très grêle, très altéré, il est, soit enroulé en huit de chiffre, soit frisotté sur lui-même, quelquefois coupé ras au niveau de la papule. Tel est l'élément typique, adulte pourrait-on dire. Plus jeune ou avorté, il fait une moins forte saillie, ne donnant qu'une petite tache érythémateuse circumpulaire. Plus âgé au contraire, il est souvent difficile à reconnaître; la papule n'existe plus, faisant place à une cicatrice blanchâtre, grosse comme un point minuscule, et sur laquelle il n'y a plus trace de poil. Cette cicatrice est même souvent déprimée. Ces dernières lésions sont souvent difficiles à reconnaître et, pour un œil peu attentif, elles ne se traduisent que par l'alopecie, là où normalement on devrait trouver du poil ou au moins du duvet.

Les mêmes lésions se retrouvent aux membres inférieurs, nous avons déjà signalé leur localisation. Il est à remarquer que ces éléments pathologiques évoluent chacun pour leur compte, et que l'on peut trouver sur le

même sujet de la kératose blanche, de la kératose rouge et des cicatrices de kératose évoluée.

Sur le tronc on n'en trouve guère que dans le cas de très grande intensité, et seulement au niveau du grand trochanter fémoral, et de l'épaule. Jamais on n'en trouve sur l'abdomen, la poitrine, les lombes ou les plis articulaires.

Kératose pileaire de la face. — A la face les lésions, tout en gardant le même aspect général que sur les membres, varient cependant légèrement, ce sont des différences de détails, volume moindre, et confluence plus grande, tenant à ce qu'à la face les follicules pileux sont moins volumineux, à ce qu'ils sont bien plus nombreux et bien plus resserrés les uns contre les autres. Aussi la rougeur, tout en restant limitée au follicule et au tissu périfolliculaire, forme une sorte de nappe, presque continue, la rougeur d'un des éléments se confondant avec celle des éléments voisins. Ces éléments paraissent par leur réunion sous la forme d'un petit granité blanchâtre sur fond rouge, formé par une série de petites élevures de la grosseur d'une tête d'aiguille n'atteignant que rarement le volume d'une tête d'épingle comme aux membres.

La rougeur de la kératose de la face a les mêmes caractères que celles de la kératose des membres, c'est-à-dire disparaît comme elle à la pression digitale, et est selon l'intensité de l'affection, rose, rouge ou rouge foncé, mais elle subit de plus souvent une accentuation

de couleur, passagère il est vrai, à la suite d'émotion morale, de digestion difficile. Elle s'accroît comme celle des membres sous l'influence des frottements, du froid, mais de plus, elle se complique souvent avec l'âge de dilatations vasculaires.

On retrouve à la face les mêmes lésions du poil qu'aux membres, avec cette distinction, que sauf aux sourcils les poils sont encore plus grêles et plus fins ; aux sourcils elle se caractérise par la chute de ceux-ci, ce qui a pu la faire confondre pour de l'alopecie sourcilière syphilitique (signe de l'omnibus du professeur Fournier).

Les localisations à la face présentent un intérêt spécial et il n'est pas sans intérêt d'y revenir avec détails à propos des symptômes. Il est entendu que les lésions sont symétriques des deux côtés de la face. La confluence des éléments fait apparaître les lésions de kératose sous l'aspect de bandes rouges bien marquées au centre, moins bien délimitées à la périphérie. Dans les cas peu intenses, on ne trouve aux joues qu'une bande verticale partant de l'angle du maxillaire inférieur, remontant vers les tempes, si les lésions sont plus accentuées on voit se surajouter successivement une bande oblique partant du même point que la précédente mais se dirigeant vers la pommette, puis une bande horizontale rejoint les sommets des deux premières, quelques éléments viennent ensuite combler le centre du triangle ainsi formé, de manière à constituer dans certains cas une large plaque unique. Quelquefois

de l'angle de la mâchoire une bande horizontale se dirige en arrière vers la nuque.

Les sourcils ne sont dans les cas moyens qu'atteints dans leurs tiers externe, ils peuvent cependant se prendre en entier. De leur pointe interne s'élève une bande appelée corne frontale à base inférieure, dont la pointe peut rejoindre le sommet du front, les éléments envahissent même, comme nous l'avons montré dans une observation (obs. XIII), les parties latérales du front, la région intersourcilière. On trouve encore quelques éléments mais plus rarement à la houe du menton, aux oreilles, et même au-dessus de la lèvre supérieure.

Kératose pilaire du cuir chevelu. — Comme Monsieur le Docteur Brocq nous admettrons quatre variétés de kératose du cuir chevelu.

La première est connue sous le nom d'atrophie moniliforme du cuir chevelu. Les cheveux y sont grêles, courts, frisottants et présentent de distance en distance de petits étranglements. Ils émergent d'une petite papule circum-pilaire miliaire, qui est bientôt après la chute du poil, remplacée par une petite cicatrice blanche.

La seconde plus fréquente se rencontre chez des individus de 20 à 25 ans. Elle est caractérisée par de petites plaques d'alopécie disséminées, irrégulières blanchâtres de 2 à 8 mm. autour desquelles, dans leur voisinage on trouve quelques petites papules rosées, circumpilaires ayant au centre un poil atrophié.

Ces petites plaques d'alopécie se rencontrent dissémi

nées en clairières sur le vertex et quelquefois sur les régions temporales. Entre elles on trouve presque toujours des cheveux à aspect normal, formant des touffes plus ou moins fournies suivant le degré d'évolution de la maladie.

La troisième variété a un processus morbide dépilant plus marqué, plus cicatriciel mais quelque fois plus circonscrit que dans la variété précédente. Ces faits semblent analogues à ceux signalés par Taenzer sous le nom de ulérythème ophryogène.

Enfin la quatrième que l'on rencontre chez de jeunes sujets avant 25 ans, coïncide souvent avec un état ichthyosique des téguments et de la kératose pileaire accentuée des membres ; elle est formée de petites clairières alopeciques avec tendance cicatriciel moins accentuée que dans les précédentes, et sans papules circumpilaires.

Dans la kératose du cuir chevelu, les papules circumpilaires sont moins visibles qu'à la face, et seulement lorsque le poil est fin et le bulbe superficiel, la rougeur est moins apparente et on trouve souvent une fine desquamation pityriasique du cuir chevelu.

L'évolution de la kératose pileaire est bien nette, nous verrons cependant dans les chapitres suivants qu'elle a prêté à de nombreuses discussions. Elle débute en général vers l'âge de 4 et 5 ans, par la lésion primitive, qui est la kératose blanche, le poil s'atrophie pendant que la rougeur folliculaire et périfolliculaire survient. Le poil tombe et le processus cicatriciel envahit le follicule. Telle est l'évolution de cette affection que de nombreux auteurs ont

voulu nier ; elle est très lente, demande plusieurs années pour parcourir son cycle mais n'en existe pas moins toujours.

Anatomie pathologique. — Les recherches sur ce point sont peu avancées ; en un mot l'anatomie pathologique de la kératose pileuse est à faire, nous n'avons pas la compétence nécessaire pour entreprendre cette étude, nous nous contenterons de consigner ici les recherches des auteurs.

Nous allons résumer ici les travaux de Lemoine, d'Audry, de Kaposi, de Besnier, Gauja, Giovannini et de Unna.

Lemoine (p. 343, annales derm. 82) pratique l'examen microscopique sur des morceaux de peau pris à la face externe du bras, un autre du cou ; il est tout d'abord frappé, surtout à un faible grossissement, de l'épaississement du derme très marqué près du follicule pileux. Audry ne trouve rien à noter dans le derme sinon un peu d'exagération du développement des fibres musculaires lisses et du tissu élastique. Lemoine a également rencontré cette augmentation de nombre et de volume des fibres élastiques qui forment une charpente solide autour des fibres conjonctives, et le développement des fibres musculaires.

Unna insiste sur l'hypertrophie de l'appareil musculaire du poil qui pour lui a pour point de départ l'inclinaison du poil : « Par action réflexe, les muscles (*erectores pilarum*) « sont mis en branle ; la lésion, en augmentant la dimension du follicule, a pour effet de tirailler ces muscles,

« ils sont hypertrophiés, ils se contractent, pliant ainsi et « tordant ces follicules. »

Unna insiste sur la présence de cellules de tissu conjonctif de nouvelle formation (facilement démontrable) intra-folliculaires et péri-folliculaires. Giovannini a trouvé des traces d'inflammation. Des papilles sont atrophiées, nivelées pour ainsi dire ou manquant (Lemoine). Audry les a vues irrégulières, en ce sens qu'elles sont très irrégulièrement développées, mais il ne semble pas que l'on puisse les considérer comme exagérées.

Couche de Malpighi. — Le réseau de Malpighi est nettement atrophié du moins dans un certain nombre de points (Audry et Giovannini). Il est réduit à trois ou quatre couches de cellules épineuses, pauvres en protoplasma, presque remplies par leur noyau très granuleux (Audry).

Audry n'a pas retrouvé l'espace hyalin périnucléaire. Lemoine insiste sur la disparition des noyaux des cellules par suite de la dilatation du nucléole.

Les plans extérieurs s'inclinent, deviennent perpendiculaires à la couche génératrice qui est normale; cependant Lemoine a trouvé les cellules de cette couche génératrice hautes et allongées. Les plans deviennent parallèles à la surface extérieure en conservant les mêmes caractères cellulaires. Audry ne voit pas de zone granuleuse, c'est aussi l'avis de Lemoine. L'éléidine est extrêmement réduite ou manque le plus souvent, et brusquement on voit apparaître sur les cellules épineuses, une couche épidermique

desquamante, feuilletée, non nucléée, d'épaisseur légèrement augmentée (Andry).

Au niveau de l'infundibulum du follicule les cellules de la couche de Malpighi sont réduites à un petit nombre de couches renfermant un noyau et un protoplasma et se cornéifiant rapidement.

Dans les follicules renfermant des poils, près du bulbe, la cornéification s'étend presque constamment à la gaine radiculaire externe. Ce qui domine, c'est la lésion de l'appareil pileaire. Dans la kératose vraie, dit Unna, l'orifice du follicule est plutôt rétréci par la lésion, ou de dimension normale, rarement un peu agrandi. La lésion produit l'occlusion de l'orifice du follicule ; il en résulte une dilatation consécutive du canal excréteur sous-jacent, dilatation uniforme, cylindroïde, modérée, et l'accumulation dans ce canal des produits de sécrétion normale. Le poil trouve l'orifice bouché et ne peut pousser au dehors, il se tord, se recoquille en dedans et ses spires contribuent à dilater les parois du canal folliculaire. Donc les déformations du goulot du follicule sont produites par deux causes : kératose superfolliculaire, augmentation de la couche cornée qui borde l'orifice du follicule et par la rétention du poil : « Par suite de la coudure des follicules suivant le mécanisme expliqué par Unna, le follicule ne donne pas indéfiniment des poils nouveaux, quoique les couches épithéliales destinées à cette reproduction soient intactes. »

La papille pileaire n'est pas atteinte (Unna).

La dilatation de la cavité infundibulaire a été aussi re-

trouvée par Gauja (1) et Giovannini (2) Dans les follicules dépourvus de poils, la papille est très petite ou fait défaut, et la partie du follicule sous-jacente aux muscles excréteurs est atrophiée. Comme Unna, Giovannini a trouvé que quelquefois le follicule est réduit à une dépression superficielle du derme recouverte de l'épiderme ou bien il n'en reste plus, comme traces, que leur partie inférieure. Quelque fois même le follicule a complètement disparu.

Gauja trouve que le poil physiologiquement complet ne paraît pas altéré, pas plus que le follicule lui-même ; les poils qui sont enroulés, incurvés, repliés sur eux-mêmes « à la façon de trichine enkystée », seraient des poils complets, des follets microscopiques dont il n'est pas facile de préciser l'origine (Gauja).

Pour Lemoine, les altérations sont surtout marquées autour des poils. C'est de leur gaine que semble être parti le processus. Chaque follicule pileux est entouré de cellules embryonnaires surtout à sa base. Le poil au centre de cet amas cellulaire est altéré, brisé.

Les muscles extenseurs du poil sont hypertrophiés pour Unna, Lemoine, Audry. Quant à Giovannini il n'a pas trouvé de lésions importantes des muscles érecteurs du poil.

Les glandes sebacées n'ont pu être examinées par Audry.

Giovannini a trouvé que dans les $\frac{3}{5}$ des cas il n'y a

(1) Thèse de Paris, 1894, Gauja.

(2) Annales dermat., 1896, p. 423.

pas traces de glandes sebacées, Dans d'autres elles étaient plus ou moins atrophiées et parfois réduites à deux ou trois cellules sebacées renfermées de la gaine radiculaire externe. « Elles peuvent être indemnes, dit Unna, mais « souvent elles sont atrophiées. Jamais comme c'est le cas « pour l'acné cornédon, nous ne rencontrerons ici une « quantité appréciable de substance grasse dans le kyste « que forme le follicule obstrué ».

Glandes sudaripaires. — Elles semblent être indemnes (Unna et Giovannini). Cependant Unna ajoute que l'on constate souvent la même lésion de kératose autour de l'orifice du conduit excréteur.

Les vaisseaux. — Aussi bien les superficiels, que ceux qui entourent le follicule, sont souvent plus ou moins dilatés (Unna). Cette dilatation pour Giovannini est plus ou moins notable au niveau de la partie superficielle du follicule ou du réseau superficiel du derme. Audry n'a pas trouvé trace d'inflammation ou d'infection. De loin en loin quelques capillaires entourés d'un manchon de cellules migratrices, mais on en constate autant sur les coupes ordinaires de la peau la plus saine.

En résumé on voit que la majorité des auteurs ont trouvé une inflammation des tissus, une dilatation des vaisseaux, un enserrément du follicule pileux, atrophié de celui-ci ainsi que celle du poil.

CHAPITRE III

Historique de la kératose pilaire

Introduction. — Si nous recherchons à quelle époque on trouve pour la première fois une description spéciale de la kératose pilaire, nous voyons que cette affection cutanée n'a été l'objet d'une étude à part qu'en 1876 et 1878 seulement, par Erasmus Wilson, et en 1879, par Tilbury Fox, étudiant le premier. C'est à ces deux auteurs, qui les premiers décrivent une affection spéciale du follicule pileux, à localisations bien nettes, ne pouvant se confondre ni avec les divers lichens, ni avec les affections squameuses, pas plus qu'avec l'ichthyose, que revient la priorité de la question qui nous occupe.

Sans doute, si nous lisons les différents articles publiés sur l'ichthyose, nous trouvons une description incomplète de la kératose, mais les auteurs n'en faisaient pas une affection spéciale, caractéristique à symptômes particuliers, propres ; ils en faisaient une ichthyose locale. C'est ainsi que dans l'article de Hardy, sur l'ichthyose, dans le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie (1), nous trouvons ceci : « l'ichthyose n'est pas tou-

(1) Nouv. dictionn. de méd. et de chirurg., tome XVIII, p. 305.

« jours généralisée, souvent elle est circonscrite à une
« région ou à plusieurs régions voisines, quelquefois
« même, elle n'occupe qu'une région très restreinte. Il a
« eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces ichthyo-
« ses locales qui ont été à peine mentionnées par quelques
« auteurs et qui donnent lieu souvent à des erreurs de
« diagnostic. Il croit d'autant plus important de signaler
« cette variété, qu'elle est peu connue. Elle est caracté-
« risée d'ailleurs par une coloration rouge plus ou moins
« foncée de la peau, par une desquamation fine et furfu-
« racée, ordinairement blanche. Quelquefois, il n'y a que
« de la sécheresse sans squames. L'altération de la peau
« est toujours circonscrite, exactement délimitée et par-
« faitement symétrique des deux côtés du corps. »

Ces ichthyoses locales peuvent se rencontrer sur toutes les parties du corps, mais on les observe principalement à la face, paume des mains, plante des pieds. A la face, le siège le plus commun de cette lésion est certainement le sourcil, elle se manifeste par une tache rouge allongée, occupant la place destinée aux sourcils et s'étendant quelquefois au-delà ; sur cette tache, se voient des squames blanches fines, assez adhérentes, lesquelles occupent la place des poils ordinairement très courts et très clairs semés, quelquefois même manquant complètement.

Cette absence de l'élément pileux sert encore à rendre plus visible la rougeur et la desquamation. Cette altération du poil est absolument identique de forme et d'étendue à droite et à gauche.

Hardy continuant son erreur et prenant pour de l'ichthyose ce qui n'était que de la kératose, ajoute qu'il a vu « trois fois la même lésion squameuse, avec une coloration semblable, occuper les deux joues ». Bien plus, il cite une observation complète de kératose chez un sujet qui avait été examiné par un grand nombre de dermatologistes et avait vu son affection étiquetée sous les noms les plus divers. Hardy en fait une ichthyose locale.

C'était une personne atteinte depuis son enfance d'une « affection occupant les deux épaules, les deux bras, « la moitié des avant-bras et caractérisée par une coloration grisâtre de la peau, ainsi que par l'existence de « fines squames très adhérentes. Ce malade avait, dit-il, « beaucoup voyagé, et fut examiné par un grand nombre de « médecins qui donnent à son affection les noms les plus « divers. Les caractères de l'affection m'engagent, dit-il, « à la considérer comme une ichthyose locale. »

Ainsi voilà donc un malade qui, à n'en pas douter, était atteint de kératose pilaire. Ces localisations toujours les mêmes, et parfaitement symétriques à la face, aux sourcils, aux joues, au cuir chevelu, à la face postérieure des bras, sont bien les localisations de la kératose. Cette atrophie du poil et même sa disparition complète, la fine desquamation, l'état sec et rugueux de la peau, la rougeur qui accompagnent la lésion, sont bien symptomatiques de la kératose pilaire.

Ainsi donc, Hardy faisait rentrer toutes ses altérations dans le groupe des ichthyoses locales, et il n'avait

pas vu qu'elles n'avaient que superficiellement des points de ressemblance avec elles, tout en en faisant déjà une classe à part, puisqu'il insiste sur ces ichthyoses locales « encore peu connues qui n'ont pas encore été décrites « dans les traités classiques de dermatologie, et dont « quelques auteurs, Devergie, par exemple, nient complètement l'existence. »

Hardy n'avait pas vu que l'ichthyose et la kératose pilaire étaient deux affections distinctes, tout à fait différentes et méritant une description à part. Sans aucun doute, les ichthyoses locales existent et Hardy avait raison d'y insister, quand il s'agit de la paume des mains, de la plante des pieds, mais ce qu'il décrit comme ichthyose locale de la face, est de la kératose pilaire.

Nous ne pouvons donc pas considérer Hardy comme ayant décrit la kératose pilaire puisqu'il ne l'a pas reconnue.

C'est donc bien en 78 et 79 que l'on trouve, à proprement parler, la description des symptômes que nous avons indiqués comme pathognomoniques de la kératose pilaire. C'est à Erasmus Wilson et Fox qu'en revient le mérite. « On voit, dit Erasmus Wilson, une forme distincte de congestion hypérémique ou d'inflammation subaigue des follicules, qui est associée à une mauvaise nutrition et à une faiblesse congénitale de la peau. Limitée aux follicules seuls, elle se reconnaît à la présence de points rouges faisant une saillie plus ou moins considérable à l'ouverture

des follicules dont les conduits excréteurs sont distendus de débris épidermiques.

« Son siège est pathognomonique, sur les sourcils, la région maxillaire des joues, la face dorsale des bras. Il dit qu'on la rencontre chez les enfants et les adultes, plus souvent chez la femme que chez l'homme. Qu'elle est caractérisée par la rougeur notable de la partie inférieure du front et des sourcils, des parties latérales des joues. La face postérieure des bras est presque toujours rouge-vif et criblée de petites papules rudes au toucher. Au premier abord la rougeur congestive paraît peu importante, mais, à l'examen, on constate la peau profondément hyperémiee et les follicules intéressées dans leur totalité. Les poils follets ont disparu, les sourcils rares surtout du côté externe, la rougeur plus ou moins accusée, la peau plus ou moins poutuée. Toujours le follicule est lésé en entier, le poil sans vitalité, et le revêtement épidermique profondément altérée. La cause semble en être le défaut de la puissance nutritive survenant dans une peau de faiblesse native ou héréditaire. Cependant l'état général dans cette affection reste bon ».

Dans le British médical journal, 24 mai 1879, Tilbury Fox décrit sous le nom de *cacotrophia folliculorum* « une « maladie du système pileux caractérisée par des symp- « tômes spéciaux et cliniquement distincte de celles que l'on « connaît, telles que les lichens pilaris scrofulosorum, pla- « nus, ruber, simplex, le pityriasis pilaris ». Pour Tilbury Fox, elle ressemble au premier abord au lichen pilaris

intense : mais elle en diffère par la gravité, la profondeur, l'importance de la lésion du follicule, son origine congénitale, sa distribution générale, sa résistance au traitement. Pour lui, la *cacotrophia folliculorum* serait caractérisée par des papules rouges, solides, de la grosseur d'une tête d'épingle situées à l'orifice de presque tous les follicules pileux de la région atteinte; leur prédilection enfin pour les régions que nous avons décrites à propos de la kératose au chapitre précédent. Les poils ont disparu de cette région, la peau intermédiaire, nous dit-il, est rouge, d'aspect général xérodermique. Cet état n'est pas inflammatoire mais serait dû, d'après l'auteur, à une nutrition imparfaite ou sans activité. Le sujet est jeune et souvent atteint depuis sa naissance. On le remarque surtout chez les jeunes femmes à tendances lymphatiques strumeuses, ou tuberculeuses. L'auteur remarque qu'il y a augmentation au moment de la puberté.

Lemoine reprend la question en 1882(1) sous le nom d'Ichthyose ansérine des scrofuleux, il décrit en somme la kératose quoiqu'il veuille en faire une affection spéciale aux scrofuleux. « L'ichthyose ansérine des scrofuleux est « une manifestation cutanée de la scrofule que l'on rencontre assez fréquemment chez les enfants », dit-il, il pourrait ajouter : et chez les adultes. Comme lui nous reconnaissons « qu'elle mérite d'être classée à part, car ses caractères, par leur constance et leur individualité permettent « de la séparer facilement des autres lésions de la peau »

(1) *Annales dermat.* 82, p. 276.

« qui paraissent se rapprocher d'elle ». Il l'appelle ichthyose pour rappeler son origine congénitale et son absence d'évolution. Ceci prête à discussion, et si nous refusons à l'affection décrite par Lemoine la dénomination d'ichthyose, comme en étant absolument distincte c'est justement parce que, si la kératose est souvent héréditaire et débute dès le jeune âge, elle n'est pas pour cela congénitale. Lemoine semble n'avoir pas remarqué qu'elle ne débute qu'à deux ans ou plus tard, le plus souvent vers quatre ou cinq ans. Ne la voit-on pas se développer au moment de la puberté? dans tous les cas, à cette époque, elle semble redoubler d'intensité : comme Lemoine le reconnaît du reste en disant : « l'ichthyose ansérine apparaît toujours soit après la naissance, soit plus tard, « lorsqu'aux approches de la puberté le développement « du système pileux commence à s'accroître », De plus, dès l'âge de 35 à 40 ans, les lésions semblent s'effacer, des lésions cicatricielles succèdent à un processus actif mais lent qui a pu faire croire à l'absence d'évolution. La dénomination d'ichthyose semble donc devoir être rejetée puisqu'on ne peut attribuer à l'affection qui nous occupe ces caractères de congénitalité, d'absence d'évolution, propres à l'ichthyose. « Ichthyose ansérine des scrofuleux » dit Lemoine : il a pu, en effet, comme le montrent ses observations, constater que l'on rencontre souvent des traces de scrofule chez les kératosiques typiques, mais combien ne trouve-t-on pas de sujets sains et forts, adultes toujours bien portants et qui cependant portent des traces de kératose pileuse soit rouge, soit simplement blanche.

Lemoine, bien que l'appelant ichtyose se défend cependant de confondre ces deux affections en ajoutant « bien que nous ayons donné à l'altération que nous décrivons, le nom d'ichtyose ansérine dans le seul but du « reste d'indiquer son origine et son évolution, il ne faut pas croire qu'on puisse facilement la confondre « avec l'ichtyose vraie. Cette dernière se différencie facilement en ce qu'elle ne présente aucune rougeur, et « qu'elle n'offre pas l'état granuleux si caractéristique de l'ichtyose ausérine. De plus la desquamation de l'ichtyose « se fait en masse, par des lamelles, des granulations ansérines. » Ce dernier passage est très important à notre point de vue puisque si Lemoine donne à cette affection le nom d'ichtyose, il a bien soin d'attirer l'attention sur des différences importantes, telles que : présence de la rougeur, de l'état granuleux et du mode de desquamation, différences sur lesquelles nous aurons à revenir, lorsque nous montrerons combien ces deux affections sont distinctes par leur symptômes, leur étiologie, etc.

A l'époque de Lemoine, la kératose pilaire sans être encore connue sous ce nom, que tout le monde admet aujourd'hui, était encore décrite ou du moins esquissée par Dühring, professeur de dermatologie à l'Hôpital de l'Université de Pensylvanie, dans son traité des maladies de la peau (1) dont MM. Barthelemy et Colson ont donné une excellente traduction avec annotations.

(1) *Maladie de la peau.* Dühring. Traduction de Barthelemy, 1883, p. 465.

Nous trouvons au chapitre Lichen pileaire ces mots :
« le lichen pileaire est une affection hypertrophique carac-
« térisée par l'apparition sur l'épiderme de saillies grosses
« comme une tête d'épingle, coniques, blanchâtres, autour
« du follicule pileux » il appuie ensuite sur cette accumu-
lation épidermique autour de la base du poil formant cône
d'ou émerge le poil, fin grêle quand il n'est pas enroulé
sur lui-même ou brisé ; il insiste sur la coloration de cette
élevure, tantôt blanche, tantôt grisâtre sur l'état de la
peau, rose, sèche, rugueuse et squameuse, donnant
comme dans l'ichtyose la sensation de râpe. Pour le siège
de l'affection qu'il décrit il indique les cuisses, le bras,
l'avant-bras, mais aussi le tronc. Il connaît sa marche
chronique dont il parle dans le même ouvrage (2) à propos
des xerodermies et de l'ichtyose. Barthelemy et Colson
ajoutent la note suivante : « A la suite de l'inflammation
« chronique de la peau ou de néoplasie, il survient par-
« fois surtout sur les membres inférieurs un état spécial
« pachydermique de la peau, que l'on peut considérer
« comme de fausses ichtyoses. C'est ainsi ce que l'on ob-
« serve dans l'eczéma squameux ; le psoriasis pityriasi-
« forme, invétérata, l'acné seborrheique, les tannes
« suborrhéiques, etc, les callosités professionnelles et à la
« suite de certaines dermatites. L'ichtyose sénile n'est
« qu'une simple desquamation de la peau en rapport
« avec la diminution de vitalité que l'âge inflige à tous les

(2) Maladie de la peau. Dühring. Traduction de Barthelemy,
1883, p. 462, 463 (note 1).

« organes. Au contraire la xérodermie pilaire, de la face
« externe et postérieure des bras que l'on rencontre chez
« les sujets légèrement strumeux est une véritable ichthyose
« de la peau atténuée il est vrai ; le frottement de la peau
« sèche et rude des ichthyosiques même peu atteints de
« cette région produit un bruit analogue à celui de la soie
« que l'on froisse. »

Dans cette note, les auteurs semblent avoir en vue la kératose pilaire, mais ne s'appuyant que sur l'aspect extérieur de lésions, sur l'état rude et râpeux de la peau, la présence de ces quelques squames épidermiques, sans considérer qu'elles ne siègent qu'à la base des poils en font une ichthyose atténuée. Ils ne semblent pas remarquer que l'auteur qu'ils traduisent décrit plus loin des soi-disant ichthyoses atténuées sous le nom de lichen pilaire, affection distincte et frappant beaucoup plus le duvet et le poil que l'épiderme lui-même.

Comme Duhring, Kaposi décrit les symptômes de la kératose, sous le nom de lichen pilaire, et en fait également une variété atténuée, modifiée dans son étendue et ses localisations de l'ichthyose. En effet, dans son traité des maladies de la peau (1) à la suite de la description de l'ichthyose, nous trouvons que « dans la forme la plus légère le bras et la cuisse sont, du côté de l'extension, recouverts de petites saillies grosses comme une tête d'épingle d'un rouge pâle, présentant à leur centre une

(1) Traité des maladies de la peau, traduct. de E. Besnier, p. 100, t. II.

« squame qui, lorsqu'on l'arrache, laisse à nu un poil
« grêle et enroulé sur lui-même ; ces élevures donnent à
« la peau un aspect rude, rugueux, que le toucher perçoit
« également, elles représentent l'affection désignée sous
« le nom de lichen pilaire. On trouve cet état à un faible
« degré sur le côté externe du bras et de la cuisse chez
« tout homme, surtout à l'époque de la puberté, lorsque
« les poils commencent à pousser d'une façon énergique.
« Chez l'ichthyosique le lichen pilaire date de l'enfance et
« occupe, outre les membres, tout le tronc de façon à
« donner constamment à la peau l'aspect de chair de
« poule. J'ai vu quelquefois sur le cuir chevelu, chez les
« enfants de cinq à six ans, un lichen pilaire de ce genre,
« qui existait depuis la naissance et avait pour conséquence
« un faible développement des cheveux, lagumineux,
« tenus, cassants. L'affection que Fox a décrite sous le
« nom de *cacotrophia folliculorum* semble être ce dont
« nous parlons ici ».

Kaposi en fait une variété d'ichthyose et cependant il remarque qu'on la retrouve chez tous les individus au moment de la puberté. Admet-il donc que tous les adultes sont plus ou moins atteints d'ichthyose ; ichthyoses qui au lieu d'être congénitales ne se développeraient qu'au moment de la puberté, ce qui est contraire à la constitution même de l'ichthyose. Connaissant les remarques et les recherches de Fox sur la *cacotrophia folliculorum*, pourquoi n'en fait-il pas comme lui une affection distincte ? d'autant plus que dans le chapitre de l'anatomie patho-

logique, il lui reconnaît des caractères spéciaux, qui ne se rencontrent pas dans l'étude anatomo-pathologique de l'ichthyose, tels que la dilatation des vaisseaux, l'infiltration considérable des papilles et du chorion, avec sclérose du tissu conjonctif ainsi que la transformation cornée excessive se continuant jusque dans la gaine de la racine des poils.

Auspitz, dans son article de Ziemsén, se contente de mentionner le lichen pilaire et de dire que lorsqu'il est congénital il doit être considéré comme une ichthyose congénitale.

Sous la même dénomination de lichen pilaire, Mac Call Anderson (1) décrit cette maladie, qu'il range parmi les affections sans lésions de papilles, tandis qu'il met l'ichthyose parmi les kératoses avec lésions des papilles. C'est donc là une distinction qu'il est bon de faire remarquer comme ayant le mérite d'être signalée dès cette époque. Mac Call Anderson donne comme synonymie de son lichen pilaire, le nom de pityriasis pilaire, il signale la possibilité pour les papules de siéger en un endroit quelconque du corps, de se compliquer parfois de prurit et de congestion, le prurit se trouvant quelquefois dans l'ichthyose, mais la congestion ne se rencontrant que dans la kératose comme nous l'avons fait remarquer plus haut. En somme, pour cet auteur, ichthyose et kératose sont deux affections distinctes, distinctions qu'il appuie sur les remarques histologiques. Si Kaposi fait de l'affection qui nous

(1) A. treatise an diseases of the skin, 1887, p. 365.

occupe une variété d'ichthyose. M. le D^r Thibierge, dans son article intitulé « Ichthyose » du dictionnaire encyclopédique (1), en fait la variété la plus bénigne ; « La forme la plus légère de l'ichthyose, dit-il, est constituée par un état rugueux de la peau, qui est sèche, rugueuse, irrégulière, surmontée d'une série de petites saillies coniques rappelant la chair de poule et donnant à la main une sensation de râpe. Chacune de ces petites saillies est recouverte d'une squame mince, fortement adhérente, correspondant à un follicule pileux, et lorsqu'on l'arrache par le grattage, on la trouve constituée par une agglomération de l'épiderme corné, entourant le poil atrophié et contourné sur lui-même. Lésion surtout développée à la partie postéro-externe du bras, rougeur rendant plus apparente la face externe des cuisses, le front, les joues ».

Nous retrouvons là tous les symptômes se rattachant à la kératose pileaire et ils semblent à première vue bien éloignés de ceux que l'on a coutume de rencontrer dans l'ichthyose typique. Le docteur Thibierge le reconnaît lui-même quand il dit au même endroit « à la description précédente on peut reconnaître le lichen pileaire des anciens auteurs ». Dénomination que nous avons vue acceptée par Dühring et Kaposi.

Le D^r Thibierge préfère à ce terme celui de xerodermie pileaire ou d'ichthyose ansérine, comme plus exact, mais remarquant que contrairement à l'ichthyose typique, on

(1) Dict. encyclopédique des sciences médicales, t. XV, p. 365.

ne la rencontre plus que très rarement dans la première jeunesse et presque plus après 45 ans, il propose d'ajouter le qualificatif « juvénile ».

Le Dr Thibierge reconnaît donc une différence essentielle entre ces deux affections, la persistance de l'une pendant toute la vie, l'arrêt de l'autre à un moment donné en somme une évolution. Nous reviendrons du reste sur ce point, y attachant une grande importance comme ligne de démarcation et signe distinctif entre les deux affections ichthyose et kératose. Il nous est difficile de comprendre comment ajoutant ce terme juvénile M. Thibierge refuse toute évolution à la keratose pilaire et dise : « quelque « dénomination qu'on lui donne d'ailleurs, cette xerodermie « doit être rangée dans l'ichthyose, dont elle est souvent « la forme unique et persistante, mais dont elle précède « aussi parfois les manifestations plus nettes et plus sérieuses, dont elle partage l'origine congénitale et l'absence d'évolution ».

Quoique n'admettant qu'une seule et même affection là où nous croyons devoir faire une distinction bien nette, le Dr Thibierge reconnaît cependant une différence essentielle, c'est « l'absence de rougeur au niveau des parties « ichthyosiques, même lorsqu'on arrache les squames « avec plus ou moins de violence » rougeur qui existe dans la kératose pilaire, non pas dans celle du début, dans la kératose peu accentuée, mais bien dans les cas types. Cette rougeur en est même un des principaux caractères,

un de ceux qui préoccupent le malade dans les cas fortement accusés.

Comme les docteurs Thibierge et Allan, Jamieson signale et décrit (1) le lichen pilaris dans un article sur l'ichthyose, le faisant rentrer dans cette dernière.

A la même époque Doyon donnait dans les annales de dermatologie (2) une traduction d'un article de Tænzer (dans le Monatshefte für praktische dermatologie n° 2, 1^{er} mars 1889, p. 197); Tænzer dit dans cet article : « Cette affection particulière des poils non décrite jusqu'à présent débute dans la plus jeune enfance, par une rougeur de la peau, du sourcil (en ce point la maladie persiste toute la vie), plus tard envahit les parties voisines principalement la face, le cuir chevelu, plus rarement le bras. Au début, cette affection ressemble à un lichen pileux développé sur une base un peu rouge, puis en quelques points il survient une inflammation superficielle de la peau. Dans le cas grave, cette inflammation est toujours très accusée, mais n'en reste pas moins très superficielle ». L'auteur reconnaît, comme nous venons de le voir, à cette affection une évolution quoiqu'il ne l'ait observée que dans un cas, où il vit survenir d'une façon très lente, à la suite du processus inflammatoire, une alopecie totale et une atrophie du cuir chevelu. Tænzer a du reste encore montré la marche de l'affection du côté du bulbe pileux individualisé; production épidermique comme

(1) *Maladie de la peau*, 1889, p. 380, 381.

(2) *Annales dermat.* 1889, p. 841.

première manifestation, suivie de l'atrophie du poil, enfin de sa chute, puis apparition de la cicatrice. Tænzer revient et s'appuie du reste sur cette évolution en ces termes : « Si « on cherche parmi les dermatoses connues celles qui res- « semblent à cette affection au point de vue pathologique, « il faut insister contrairement à ce qui a lieu dans l'hy- « perkératose folliculaire ordinaire, sur les symptômes « qui la compliquent c'est-à-dire l'erythème permanent et « l'atrophie finale du derme. »

A cette description que l'on reconnaît facilement pour de la kératose pilaire à la lecture de ses observations IV, V et VI, Tænzer donne avec Unna le nom de ulerythème superciliaire ou ophryogène, tout en lui donnant un nom spécial cependant et en lui donnant des caractères propres, il la rattache néanmoins à l'ichthyose, se fondant pour établir cette parenté, sur l'hérédité, Tænzer, quoique écrivant en 1889, ne semble pas avoir eu connaissance des travaux d'Erasmus Wilson, Villan, Fox, etc.

Campel signale la kératose pilaire dans son traité des maladies de l'enfance (p. 119) et Hyde dans le practical treatise ou diseases of the skin 1888, donne une bonne description de la kératose, et tout en parlant de diverses variétés chez les cachectiques et les strumeux, signale cependant le premier une variété héréditaire chez des sujets vigoureux.

En 1889, M. Besnier s'est occupé de la kératose pilaire après les premiers travaux (lichen pilaire, 21 février 1889 (1)

(1) Annales de dermat. lichen pilaire, 21 février 1889.

du Dr Brocq, qui reprend comme nous le verrons, la question en 1890 et en 1892, dans les annales de dermatologie ; M. Besnier présente (1) à la société de dermatologie un malade atteint d'une affection qu'il propose d'appeler érodermie pilaire xérythémateuse, ou ichthyose rouge caractérisée par une multitude de points rouges ; il montre les localisations qui sont celles de la kératose pilaire, et appuyant sur le phénomène congestif il dit : « Cette xéro-
« dermie pilaire érythémateuse se caractérise par l'hyper-
« kératose de l'infundibulum pilaire, secondairement par
« la congestion du réseau superficiel du derme produisant
« la rougeur de la peau soit au niveau même de la lésion,
« soit dans les espaces interfolliculaires, phénomène
« important en ce qu'il aggrave la lésion primitive en la
« rendant visible. »

Il cite ensuite l'observation, suivie depuis 3 ans chez une jeune fille soignée par le professeur Fournier et par lui-même, où il a vu l'affection progresser et chez laquelle il a pu suivre une accentuation très nette au moment de la puberté. Chez cette jeune fille, l'affection a débuté nettement par une hyperkératose superficielle de l'infundibulum pilaire.

Monsieur le docteur Brocq fait remarquer à ce propos dans cette séance, que la rougeur vient plus tard et après la kératose blanche, et M. Vidal « que dans cette affection
« il y a des poussées congestives comme dans la couperose,
« aussi la rougeur est-elle d'autant plus intense que le

(1) Annales dermat. 1889, p. 710.

« sujet est plus exposé à ces poussées congestives », phénomène que M. Besnier remarque plus accentué chez les sujets émotifs où tous les réflexes angioparésiques se traduisent par une vive augmentation de la couleur, sous des influences soit morales, soit digestives, ce que l'on ne remarque pas chez les ichthyosiques.

M. Besnier s'occupe encore de la kératose pilaire dans l'appendice qu'il ajoute dans sa traduction du traité des maladies de peau de Kaposi dans l'édition de 1891. Il commence par un rapide exposé de l'historique, citant les ouvrages de Fox, Villan, Lemoine, Hardy, Thibierge, Brocq, Tænzler.

C'est dans cet appendice que le docteur Besnier expose et met au point la kératose pilaire sous le nom de xérodermie pilaire (1). Nous allons essayer d'en faire ressortir les principaux passages et devons pour cela en citer textuellement de nombreuses lignes. Laissant de côté, au début, l'aspect et l'étude générale de la xérodermie pilaire, M. le docteur Besnier s'occupe d'abord de la lésion principale : de celle qui s'attaque au follicule pileux : « Le globe corné, « dit-il, qui constitue la saillie typique, le grain, la papule « de xérodermie pilaire a son siège dans l'infundibulum « folliculaire qu'il dilate et déforme. Elle est composée de « stratifications fines et régulières, vitreuses, disposées « autour du poil physiologique et englobant en outre trois « ou quatre poils, rudimentaires, courbés ou enroulés. »

(1) Appendice de la traduct. de Kaposi, par Besnier, 2^e édition, 1891, t. II, p. 69 à 75.

L'auteur expose ensuite les lésions qui se développent à l'entour de ce globe épidermique, lésions épidermodermiques dues secondairement à l'irritation produite par le voisinage du globe, gagnant, déformant et élargissant les papules.

Besnier comprend la xérodermie pilaire selon trois sortes ; dans la première, lorsqu'elle se rencontre chez un ichthyosique ; la deuxième lorsqu'elle existe seule et est seulement un peu érythémateuse ; la troisième érythémateuse aussi, mais s'accompagnant de cicatrice et de chute des poils.

De ces trois sortes de xérodermie pilaire admises par le docteur Besnier, nous n'en reconnaitrons qu'une seule et unique. En effet cette variété cicatricielle et dépilante ne constitue-t-elle pas comme nous l'avons montré, la suite du processus xérodermique érythémateux, ayant progressé, déformant et atrophiant le poil. Celui-ci atteint dans sa vitalité ne tarde pas à mourir et à tomber. Quant au tissu cicatriciel c'est le même que celui qui succède à toute évolution morbide et inflammatoire détruisant des tissus désormais incapables de se régénérer.

Quand à la première des variétés de M. Besnier, celle qui se rencontre sur le même sujet avec de l'ichthyose, c'est non pas un mode particulier, mais une coïncidence, une surajoutation d'un processus morbide à un autre, évoluant tous deux côte à côte, sur le même terrain, s'influançant peut-être comme nous le remarquerons plus loin à propos de la marche de la keratose chez les ichthyo-

siques, mais gardant cependant chacun son individualité propre.

A cette variété M. Besnier donne le nom « d'ichthyose pilaire » d'après cette désignation il semble en faire non pas une xérodermie coïncidant avec une ichthyose, mais une ichthyose, modifiée il est vrai par la localisation au poil du processus pathologique. « Cette affection, continue-t-il, se trouve chez un grand nombre d'individus « incontestablement ichthyosiques soit qu'il y ait simple « coïncidence de l'ichthyose et de la xérodermie pilaire « soit que les deux keratoses aient une même origine. »

Il reconnaît de plus que le processus de ces deux affections diffère. Dans l'ichthyose, le fait est reconnu et accepté, les lésions restent stationnaires ne se modifiant sous certaines influences, que pour revenir au même point dans les mêmes circonstances. Au contraire l'accumulation cornée et les lésions de xérodermie pilaire augmenteraient au moment de la puberté. Or il n'a pas été signalé pensons nous d'ichthyoses subissant une recrudescence d'activité brusque et manifeste au moment de la puberté (fait constaté et fréquent au contraire dans la kératose pilaire). Malgré cette différence dans l'évolution, il ajoute, il résulte de ces faits un ensemble inséparable que nous ne pouvons dénommer autrement « qu'ichthyose pilaire. Nous verrons « plus loin que les relations cliniques de la xérodermie « pilaire avec l'ichthyose se retrouvent par l'hérédité « jusque dans les cas les plus nets et les plus distincts de « cette affection.

Contrairement à la conclusion de M. Besnier, renouvelant celle de Tænzler nous ne voyons pas que l'on puisse trouver dans l'hérédité une preuve suffisante pour démontrer l'identité des deux affections.

En découvrant la seconde variété de xérodermie pileuse M Besnier donne les symptômes de la kératose pileuse, mais après le Dr Brocq et tels que nous les avons déjà décrits. Il ajoute que dans sa forme commune on la rencontre plutôt à l'état de défectuosité dystrophique que de maladie proprement dite chez un grand nombre de sujets qui ne sont pas ichthyosiques confirmés, mais ont déjà avant l'apparition de la keratose pileuse, la peau sèche par insuffisance de sécrétion sudoripare « xérodermie peau sèche ». Là encore il est bon de faire remarquer ces mots « même avant l'apparition de la keratose pileuse », n'est-ce pas remarquer qu'elle a un début à un moment donné de la vie contrairement à l'ichthyose qui est congénitale. Besnier décrit ensuite la congestion, les cicatrices de la xérodermie ; quand il en arrive aux localisations il veut faire ressortir combien elles ressemblent à celles de l'ichthyose. Il fait remarquer d'une façon très nette que dans l'ichthyose comme dans la keratose les parties lubrifiées de la peau telles que les faces médianes antérieures et postérieures du tronc, les plis de flexion, les plis inguinaux et génitaux sont indemmes. On pourrait ajouter que si les lieux d'élections sont les mêmes pour les membres il n'en est pas de même pour la face où l'ichthyose est si rare et même niée par quelques auteurs, en tous cas toujours

très atténuée, au contraire que la keratose y est fréquente et même souvent très marquée.

L'auteur passe ensuite en revue l'évolution progressive, cicatricielle, sa présence dans le cuir chevelu, ou tout au moins un état anormal (que l'on retrouve chez les ichthyosiques) dit-il, caractérisé par les cheveux secs, cassants, rares, grêles, la surface épidermique finement desquamative sur le type de la séborrhée sèche, sans que les malades se plaignent de rien.

Malgré ces tendances à faire de la xérodermie pilaire une variété ou au moins une affection proche parente de l'ichthyose. M. Besnier reconnaît que « la xérodermie pilaire s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme et est très fréquente chez les uns et les autres, qu'elle débute dans la 2^e enfance, s'accroît au moment de la puberté, se prolonge à l'âge adulte, s'éteignant plus ou moins complètement à cet âge et dans la vieillesse ». Il ajoute encore d'une façon bien explicite « elle a donc une évolution, c'est pourquoi nous l'appelons xérodermie pilaire progressive », c'est justement sur cet argument que contrairement à M. Besnier nous refusons d'en faire une variété d'ichthyose.

Quant à la prédisposition des sujets atteints de kératose à contracter quelque autre dermatose, « comme dans l'ichthyose, ajoute-t-il, mais à un degré bien moindre » n'est-ce pas plutôt du à la fréquence de la kératose, à une coïncidence fréquente, qu'à un état général et spécial, comme dans l'ichthyose. Dans le même ordre d'idée M. le

Dr Besnier attribue aux kératosiques la même facilité que l'on remarque chez les ichthyosiques à subir, quoiqu'à un moindre degré, l'action des irritants externes ceci ne nous semble pas prouvé par les observations de kératosiques types que nous avons pu recueillir ; les kératosiques sont du reste tellement nombreux qu'il faudrait reconnaître à plus de la moitié des individus une prédisposition particulière aux dermatoses.

M. Besnier déclare que le moment n'est pas encore venu de décider un dernier ressort si la xérodermie pilaire est une variété d'ichthyose comme l'ont pensé beaucoup d'auteurs « les rapports de l'une et de l'autre sont indéniables, toutes deux sont des kératoses, la xérodermie pilaire est une dyskératose localisée spéciale, le caractère évolutif qui est plus accentué dans la xérodermie n'est pas non plus absent dans l'ichthyose, qui si elle n'a pas de fin, a un commencement et une période de progrès qui dure plusieurs années ».

Faisant ensuite remarquer que, comme nous tenterons de le faire, il faudrait établir la distinction sur des données histologiques, le Dr E. Besnier appuie sur les localisations du processus dans l'infundibulum pilaire, l'intégrité relative des espaces interfolliculaires, la limitation des altérations regressives de la peau au pèrimètre des follicules, l'absence d'atrophie du réseau et du pannicule graisseux.

C'est en 1889, 90 et 92 que notre maître le docteur Brocq s'occupe de la question : kératose pilaire, en en fai-

sant une étude d'abord au point de vue symptômes, puis dans ses rapports avec les autres dermatoses.

Posant d'abord comme jalon, les trois symptômes caractéristiques, papule sèche circumpilaire, rougeur ou inflammation de l'élément vasculaire, atrophie pileaire, et s'appuyant sur cette trilogie, il passe en revue les différentes dermatoses soit lichen soit folliculites, qui pourraient être confondues avec elle, montrant les points caractéristiques à chacune d'elle; et le pourquoi elles doivent être distinguées de la dermatose qui nous occupe. Un article spécial est consacré à l'ichthyose par le docteur Brocq. Il montre que dans celle-ci on ne retrouve pas ce processus inflammatoire, si important dans la kératose pileaire, ne se trouvant pas au début dans la kératose blanche mais apparaissant bientôt lorsqu'elle augmente d'intensité, gagne la face et s'y développe. L'évolution également bien nette dans la kératose et très discutée par les auteurs au sujet de l'ichthyose, sert à M. le docteur Brocq pour montrer une nouvelle différence entre les deux affections. Ce qui a fait croire, dit-il, que la kératose était congénitale cela tient à ce que lorsqu'on interroge les malades, ils répondent qu'ils se sont toujours connus comme cela, il ne s'en suit pas, nécessairement qu'elle n'ait pas débuté à un moment donné de leur jeunesse, quelques années après la naissance alors que les malades n'avaient pas pris encore l'habitude de s'observer, leur attention n'étant pas encore attirée de ce côté.

Monsieur le Docteur Besnier (communication orale) écrit le Docteur Brocq croit que la kératose pilaire ne débute qu'après la première enfance, car les enfants en bas âge n'en ont pas, et elle finit d'évoluer vers l'âge de 45 ans, il est en effet peu fréquent d'en trouver chez les vieillards. M. Brocq remarque que si chez les vieillards, on ne trouve plus de kératose on en trouve cependant les traces sous la forme d'atrophies blanches dermiques et pontuées, de plaques dépourvues de poils et de duvet.

Dans son article des annales de dermatologie sur les rapports de l'ichthyose avec la kératose (1), le Docteur Brocq fait une rapide énumération des auteurs qui ont confondu ces deux affections ayant, reconnaît-il, de nombreux traits de ressemblance ; nous résumons en quelques mots cet article. Début à peu près à la même époque, quoique la kératose pilaire se développe souvent beaucoup plus tard.

Celle-ci s'attaque souvent aux membres d'une même famille s'accompagne souvent d'un léger état de xérodémie, épargne certaines régions telles que les plis articulaires. Voilà les points de ressemblance, y a-t-il pour cela identité demande le Dr Brocq ? il ne le pense pas, répond-il d'une façon bien formelle et pour les raisons suivantes : la date de début pour la kératose est plus souvent à 4 ou 5 ans, voir même au moment de la puberté, que tout à fait dans le jeune âge ; ce qui est exceptionnel.

Dans l'ichthyose, pas d'éléments vasculaires, pas plus

(1) Annales derm. 90 p. 234.

que d'évolution. Pas de localisation spéciale et unique au follicule pileux ; parlant de la kératose pileaire il dit « ce « n'est plus une simple difformité de la peau, c'est une « véritable dermatose, ayant son évolution. Ce n'est certes « pas là l'aspect de l'ichthyose dans laquelle à moins de « complications indépendantes de la maladie même, la « peau ne présente pas la moindre rougeur, dans laquelle « les follicules ne sont pas objectivement plus atteints « que la peau intermédiaire, et dans laquelle on n'observe « pas de processus graduellement atrophique. »

Monsieur Brocq n'a pas trouvé chez les ichthyosiques de cas très accentués de kératose pileaire, quelquefois seulement des formes atténuées.

Les conclusions du D^r Brocq à la fin de son article sont celles-ci, la kératose serait très voisine de l'ichthyose mais en différerait par des points majeurs empêchant qu'on n'en fasse qu'une de ses variétés, la kératose serait une dermatite devant avoir sa place à elle, et non petite dans le cadre dermatologique.

Le docteur Audry reprit la question si intéressante des rapports de l'ichthyose avec la kératose pileaire, en 1893, dans une étude magistrale (1), un des premiers, il s'appuie sur l'anatomie pathologique pour établir cette distinction.

Donnant à la kératose le nom d'ichthyose pileaire, il étudie d'abord la concomitance de ces deux affections, cas où il a trouvé de la kératose chez des ichthyosiques, cas

(1) Journal. Le Midi médical, 1894, p. 559.

où il a pu remarquer chez un kératosique quelques traces d'ichthyose.

Appelant grain, la lésion élémentaire de la kératose et lui refusant la dénomination de papules que le docteur Brocq admet, et nous avec lui, il conclut qu'*a priori* et en ne considérant que les lésions extérieures, ce grain caractéristique est dû à l'accumulation de débris de la substance cornée dans l'infundibulum pileux et par conséquent diffère de l'ichthyose. Il décrit ensuite les résultats de deux biopsies, l'une d'ichthyose, l'autre de kératose, nous nous bornerons à donner ses conclusions.

La kératose pileuse ou xérodermie pileuse est une anomalie *sui generis*, fondamentalement distincte.

Il affirme, de par l'histologie, que l'ichthyose se complique souvent de kératose; « il est évident que les deux « lésions se rapprochent étroitement l'une de l'autre, soit « comme signification, soit comme origine, soit enfin « comme symptômes cliniques, mais qu'histologiquement « elles sont absolument distinctes ».

Monsieur le Dr Chatelain (1) décrit la kératose pileuse et tout en la cataloguant dans sa définition sous la rubrique de difformité de la peau comme l'ichthyose, il lui reconnaît cependant sa propriété évolutive, et dans sa description il admet deux formes : l'une qu'il identifie à la xérodermie pileuse commune de M. E. Besnier, la seconde la xérodermie érythémateuse progressive cicatricielle et dépilante de Besnier ou kératose pileuse de la face du

(1) Traité Iconographique des maladies de peau, 1893, p. 244.

D^r Brocq. Sans remarquer que ces deux formes n'en sont qu'une seule, mais à un état d'évolution différent. Quoique l'appelant difformité, il reconnaît, ce qui nous semble contradictoire, qu'il s'agit de poussées inflammatoires des follicules pileux. Or ces poussées inflammatoires nous semblent incompatibles avec le caractère de difformité, qui appartient à une lésion, fixée, immuable et incapable de subir des modifications, soit par le temps, soit par le traitement.

Ménéau, la même année, rapporte à la Société de dermatologie quelques faits d'alopécie dus à la kératose pilaire (1) et de ses observations conclut que la kératose pilaire fait partie de l'ichthyose; car dit-il, comme elle, elle est héréditaire, elle commence à se manifester dès la première enfance et accompagne toujours à cet âge l'ichthyose. Il ne semble pas avoir remarqué que la kératose débute souvent plus tard, que si elle existe chez les ichthyosiques en général, combien de fois ne la trouve-t-on pas isolée et sans trace d'ichthyose concomittante?

Ménéau fait remarquer ensuite que le système pileux et surtout les cheveux sont rarement bien développés chez les ichthyosiques. « Ceux-ci, dit-il, ont en effet les « cheveux plutôt fins et à développement tardif. Ce « ralentissement, cette pénurie paraissent attribuables « à des altérations kératosiques, à une ébauche d'altération « kératosique. » Or, cette altération nous semble secondaire due non à l'ichthyose mais une kératose concomit-

(1) Annales de Dermat., séance du 14 juin 1891.

tante quant à la finesse et à la sécheresse, au développement tardif, ils nous semblent plutôt dûs au manque de vitalité qui, chez les ichthyosiques, pèse sur tous les éléments cutanés ralentissant par conséquent le développement du poil et sa nutrition, mais n'attaque pas comme dans la kératose, le poil sain, vigoureux pour l'arrêter en pleine évolution jusqu'à le faire mourir complètement, le faire tomber et le remplacer par une cicatrice. Méneau reconnaît que la kératose, est une affection évolutive avec un commencement, une période d'état et une terminaison pour chaque poil en particulier et pour chaque individu, mais s'appuyant sur les travaux de Tommasoli il reconnaît également une sorte d'évolution à l'ichthyose, évolution excessivement lente, il est vrai ; il lui refuse le nom de difformité et de malformation. Cet argument ne nous semble pas probant car il s'appuie justement sur les cas de kératose pileaire qui ont été pris pour de l'ichthyose, en particulier sur les cas de kéritose sourcilière.

Pour Méneau la kératose pileaire des membres s'accompagne comme l'ichthyose de symptômes subjectifs très nets, surtout l'hiver parmi lesquels en premier lieu le prurit et l'eczéma.

Ce prurit qui survient chez les kératosiques en hiver serait dû aux ablutions plus rares et à l'accumulation de l'épiderme aux orifices folliculaires. Cependant ce prurit se continue souvent au printemps et pendant l'été.

« L'eczéma des kératosiques, dit Méneau est analogue « à celui de l'ichthyose. On a prétendu que l'ichthyose

« typique manquait absolument d'élément inflammatoire
« érythémateux. On a voulu en faire un argument de
« différenciation des deux maladies. Sans vouloir après
« Tommasoli reprendre l'interprétation des faits d'ich-
« thyoses irritables signalés par E. Besnier, des formes
« aiguës du professeur Kaposi, de complication d'eczéma
« dans l'ichthyose décrits par M. Brocq, je me borne à
« constater que dans la kératose pileuse comme dans
« l'ichthyose, l'eczéma est dû en partie à la sécheresse de
« la peau, à sa vulnérabilité au froid, au vent qui la fait
« gercer. »

Méneau semble vouloir dire que s'il y a élément inflammatoire dans ces deux affections, cela tient à un eczéma concomittant, il nous semble qu'il faille faire remarquer que, tandis que l'ichthyose peut présenter un état inflammatoire à la condition seule qu'il y ait eczéma surajouté, la kératose elle possède un élément inflammatoire propre indépendant de toute lésion eczémateuse survenant ou non.

Méneau conclut que l'on doit admettre que la kératose touche par de nombreux points à l'ichthyose et en semble une des formes, localisée au follicule pileux ayant en plus fort des caractères de l'évolution très atténuée de l'ichthyose, comme l'a signalé Tommasoli.

Tout récemment enfin M. le Docteur Darier rapporte dans son analyse critique des travaux de Unna (1) l'opinion de cet auteur sur la classe de dermatologie que doi-

(1) *Annales de dermat.* 1896, p. 116.

vent occuper l'ichtyose et la kératose. Unna les réunit dans le même groupe tout en faisant une affection distincte, en même temps du reste que l'eczéma, le psoriasis le pityriasis, rubra pilaris parceque : deux dermatoses, qui ont des lésions analogues « doivent être approchées dans « un livre d'anatomie pathologique » de plus il en conclut que par ce seul fait d'analogie des lésions, elles doivent avoir une étiologie semblable.

Unna voudrait que l'on donne à la kératose pilaire, au lichen pilaris de Bazin, le nom de kératose suprafolliculorum parce qu'une couche cornée épaissie passe pardessus le follicule et son orifice, amenant la rétention du poil et indirectement l'hyperthrophie du muscle érecteur. Il y a toujours ajoute-t-il une néoformation périfolliculaire plus ou moins accentuée des cellules conjonctives accusant le caractère inflammatoire de l'affection. De plus il refuse à l'ichtyose la qualité de difformité, puisqu'il veut en faire une hyperkératose infectieuse ; ce qui lui permet de classer dans la même division et de rapprocher l'ichtyose et la kératose.

On nous reprochera peut-être de nous être trop longuement étendu sur l'historique de cette question ; il nous a paru cependant intéressant de faire constater la diversité des opinions qui ont été émises sur ce sujet ; de mettre en relief les points importants de ces discussions et au cours de cet article, de montrer quelles sont les causes qui ont pu faire confondre en une seule les deux affections qui nous occupent, et nous semblent si distinctes.

Ce chapitre nous a permis également de mettre en relief les opinions de notre cher maître le Docteur Brocq qui le premier, a nettement affirmé la dualité existant entre la kératose pilaire et l'ichthyose.



CHAPITRE IV

Discussion

Ainsi que nous l'avons fait remarquer, la majorité des auteurs qui se sont occupés de l'ichthyose et de la kératose pilaire en faisaient une seule et même affection. Les uns et c'était le plus grand nombre, voyaient dans la kératose pilaire une variété d'ichthyose et lui conservaient souvent ce nom auquel ils ajoutaient un qualificatif variable, les autres au contraire la décrivaient avec l'ichthyose, la confondant purement et simplement avec cette difformité.

C'est en 1889 que notre maître le D^r Brocq a mis au point la kératose pilaire et en a donné la description complète. C'est surtout en nous basant sur ces travaux que nous avons donné dans un chapitre précédent la description de cette dermatose.

Déjà en 1890 à propos de la nature de la kératose pilaire, le D^r Brocq indique dans les annales de dermatologie et fait ressortir nettement les points qui permettent de différencier l'ichthyose et la kératose pilaire.

C'est en nous appuyant sur ces données, c'est en compulsant, en analysant les travaux relatifs à la question, c'est en nous basant sur nos observations personnelles et sur celles qui ont déjà été publiées sur la question que

nous essayerons de montrer que si ces deux affections sont quelquefois concomittantes, elles n'en sont pas moins toutes différentes.

Nous allons reprendre successivement l'étiologie, la symptomatologie, la localisation, l'évolution, la marche, la durée, l'anatomie pathologique de l'ichthyose et de la kératose pour montrer les points de dissemblance permettant d'affirmer la non identité des deux affections.

Etiologie. — Si l'ichthyose se développe entre 2 et 24 mois (Brocq), au contraire on ne trouve pas de lésions de kératose dans le jeune âge.

Le début de la kératose se trouve à une époque bien plus reculée. On n'en rencontre pas trace avant deux ans (Gaulis), bien plus souvent les symptômes commencent à apparaître vers l'âge de 4 ou 5 ans, 8 ou 10 ans (Lemoine), quelque fois même beaucoup plus tard, à l'époque de la puberté (Brocq). Nous trouvons en particulier dans les observations citées par le Dr Brocq (observation V et VI de notre thèse), deux femmes chez lesquelles l'affection à nettement débuté, et sur ce point les malades sont affirmatives, vers l'âge de quinze ans. Dans nos statistiques personnelles nous voyons que la kératose pilaire augmente avec l'âge et qu'étant de 40 % environ entre 2 et 8 ans, nous trouvons la moitié des enfants de 8 à 15 ans atteints de kératose, de 15 à 40 ans la proportion ne semble pas augmenter, cependant chez des vieillards, dans des salles de chroniques (hommes et femmes) nous trouvons l'énorme proportion de 77 % d'anciens kératosiques.

Au point de vue du sexe dans l'ichthyose les auteurs ne sont pas d'accord, les uns prétendent que l'affection est plus commune chez l'homme que chez la femme, d'autres le contraire ; dans la kératose nous trouvons que le sexe féminin est atteint dans une proportion beaucoup moindre que le sexe masculin. Ceci n'a d'ailleurs que très peu d'importance.

L'Ichthyose est héréditaire (Meneau). Brocq admet également l'hérédité dans la kératose (Observations V, VI et VII). Il nous semble assez difficile, l'affection étant extrêmement fréquente 60 et 80 0/0, (Brocq), entre 40 et 83 0/0 (personnelle), de faire rentrer l'hérédité dans l'étiologie de cette affection.

Au point de vue de la fréquence l'ichthyose est certainement moins fréquente que la kératose, pour nous, personnellement, sur 243 personnes examinées nous n'avons trouvé que 2.8 0/0 d'ichthyose.

Cependant la kératose pilaire blanche semblerait débiter à peu près vers la même époque que l'ichthyose.

Si l'on trouve quelquefois chez les kératosiques un passé héréditaire composé soit d'ichthyosiques avérés soit d'ichthyosiques peu marqués, il n'en est pas moins vrai que l'on voit des kératosiques chez lesquels, malgré les recherches les plus minutieuses, il est tout à fait impossible de trouver traces d'ichthyose dans leurs antécédents héréditaires (Observation X, personnelle). La kératose pilaire ne semble donc pas être une transformation de l'ichthyose.

Cependant on a remarqué que l'ichthyose s'accompagne souvent de kératose pilaire; nous avons pu du reste en relever quelques observations (Observ. XIV à XXI). Quelques auteurs en ont profité pour dire que la kératose n'était qu'un des symptômes de l'ichthyose. Nous ne pensons pas de même, vu tous les cas de kératose que nous avons pu observer, sans y rencontrer d'ichthyose. C'est une simple concomitance d'affections. Ce qui semble le prouver, c'est que dans les cas d'ichthyose très accusée on devrait trouver une kératose très marquée, que vice versa chez les kératosiques typiques on devrait trouver des traces d'ichthyose. Or, il n'en est pas ainsi, ainsi que nous le montre la clinique (Observat. VIII, IX, X).

Bien au contraire la kératose pilaire semble évoluer plus lentement chez les ichthyosiques, c'est là un point qui n'a pas encore été étudié, que nous sachions. Ordinairement, à partir de l'âge de 40 à 50 ans, on ne trouve plus de kératose rouge ou blanche, mais seulement des cicatrices de kératose; or, dans nos observations d'ichthyosiques atteints de kératose nous trouvons deux individus ichthyosiques de 50 et 56 ans (Observat. XII et XVI) atteints de kératose blanche, et trois sujets (Observat. XIV, XVIII et XVI) de 58, 53 et 60 ans, présentant, outre leur ichthyose, des papules rouges de kératose en évolution. L'évolution de la kératose paraîtrait donc être retardée chez les ichthyosiques.

Quant aux localisations et aux symptômes, ils sont bien différents dans l'une et dans l'autre affection. L'ich-

thyose est le plus souvent généralisée (Brocq), quelquefois localisée (ichthyose locale de Besnier) et le siège de prédilection de ces ichthyoses locales se trouve être la paume des mains et la plante des pieds, très rarement la face et le cuir chevelu. La kératose pilaire au contraire a des localisations caractéristiques, tiers moyen ou tiers inférieur de la face postérieure des bras, régions externes et postérieures des cuisses, les mollets et le bas des jambes, etc. (Brocq). A la face la kératose pilaire est très fréquente quoiqu'elle soit moins commune qu'au tronc, les lésions siègent principalement aux sourcils, aux parties latérales des joues et au front, enfin le cuir chevelu est très fréquemment atteint. Jamais comme dans l'ichthyose on ne trouve de kératose pilaire sur le dos, la poitrine et l'abdomen. On voit donc que, par leur siège, ces deux dermatoses n'ont que peu de points de ressemblance.

A un examen rapide et superficiel les symptômes de la kératose pilaire et de l'ichthyose paraissent identiques surtout quand on se trouve en présence de kératose pilaire blanche, dans l'une comme dans l'autre. On est frappé par la présence de petites squames à la surface de la peau, par la rudesse des téguments au toucher, par la sécheresse des surface cutanées.

Mais à un examen plus approfondi et surtout lorsque l'on a sous les yeux deux cas typiques d'ichthyose généralisée et de kératose pilaire, on voit combien ces symptômes sont en réalité différents. Les squames dans l'ichthyose sont des plus variables il est vrai (nacrées, blanches,

noires, en piquants ou cornées, etc.), mais elles tombent facilement, se renouvellent sans cesse ; tandis que dans la kératose, la squame est située au sommet du follicule, toujours minuscule, et on ne la trouve nulle part ailleurs qu'au niveau du poil, ici sa coloration n'est pas variable, elle est toujours blanche, fine et petite. Après la chute de la squame, soit spontanément, soit lorsqu'on a gratté légèrement avec l'ongle, dans l'ichthyose, les surfaces sous-jacentes conservent une coloration blanche, tandis au contraire dans la kératose on trouve au-dessous de la squame une surface légèrement rosée, bien plus quand les lésions sont très accusées, la coloration est nettement rouge allant du rose pâle au rouge vif et au rouge violacé (Brocq), surtout à la face d'où le nom de kératose pileire rouge. Ces rougeurs présentent à leur centre de petites élevures blanches, dues à la présence d'un follicule pileux dont le poil est le plus souvent manifestement atrophié. Cette atrophie du poil peut se rencontrer il est vrai dans l'ichthyose, mais jamais dans cette affection les lésions pileires n'arrivent à un état aussi prononcé ; tandis que dans la kératose le poil est primitivement atteint, dans l'ichthyose au contraire sa lésion n'est que secondaire ; tandis qu'on peut décrire et avec raison comme l'a fait notre maître le docteur Brocq, la kératose pileire du cuir chevelu avec des symptômes bien spéciaux, une alopécie caractéristique, on ne pourrait en faire de même pour l'ichthyose.

Ces deux affections, il est vrai, sont remarquables

toutes deux par la rudesse et la sécheresse de la peau, mais dans l'ichthyose la rudesse provient surtout des inégalités de surfaces, produites par la chute des squames, tandis que la kératose elle est causée par de petites élevures papuleuses de la grosseur d'une tête d'épingle situées autour des follicules pileux. Si l'on examine les ongles dans l'un et l'autre cas, ils présentent des différences notables, dans l'ichthyose ils sont secs et cassants, dans la keratose, ils sont le plus souvent normaux, ainsi donc on trouve dans la keratose, dit le docteur Brocq, trois grands éléments, une papule sèche, circumpilaire une rougeur ou inflammation d'éléments vasculaires, une atrophie pileaire, éléments qui ne permettent de la ranger ni dans le lichen ni dans la couperose ni dans les folliculites jusqu'ici connues ni dans l'ichthyose. »

Si nous prenons un ichthyosique avéré quelque soit son sexe, et la variété d'ichthyose dont il est atteint, nous trouvons toujours, quelque soit son âge, ses lésions au même point et présentant la même intensité, sauf quelques modifications selon les saisons et les soins donnés, mais en somme revenant toujours au même état.

Tout le contraire s'observe chez les keratosiques. Dans le jeune âge pas de keratose ou de la keratose blanche, plus rarement de la keratose rouge. A partir de huit ans la proportion des keratoses blanches et surtout des keratoses rouges augmente très rapidement, la face qui était peu ou pas atteinte chez les enfants, l'est beaucoup plus souvent chez les adultes.

Chez ces adultes on commence à voir des lésions de cicatrices que l'on ne trouve pas chez l'enfant ; le poil seulement atrophie dans le jeune âge, est tombé chez l'adulte, le tissu cicatriciel a envahi les éléments voisins du follicule.

Chez les vieillards on ne trouve plus de kératose pilaire blanche, quelquefois encore de la kératose rouge en évolution et ce cas surtout chez les vieillards ichthyosiques, (Observ. XIV, XVI, XIX). Mais ce que l'on trouve surtout à un âge avancé ce sont des traces de kératose évoluée. Aux bras et aux cuisses ce sont les régions externes, qui au lieu d'être recouvertes de poils chez l'homme, de duvet chez la femme sont absolument glabres, et sur ces surfaces, les saillies papuleuses signalées chez les adultes, elles ont disparues. Il en est de même de la face : l'aspect granité a disparu pour faire place à un tissu de cicatrice blanchâtre, les sourcils sont dénudés dans la majorité des cas dans leur moitié externe, dans leur totalité chez ceux qui étaient fortement kératosiques (voir statistiques).

Ces vieillards ne sont donc plus des kératosiques quoique l'ayant été tandis que les vieillards ichthyosiques sont restés, restent et resteront ichthyosiques. Il nous semble difficile devant ces faits sur lesquels le Docteur Brocq a déjà du reste appelé l'attention, de reconnaître l'identité et même la parenté de ces deux affections dont l'une reste toujours stable tandis que l'autre suit son cycle évolutif d'une manière constante et fatale. Cette évolution est fort lente, il est vrai, elle demande de nombreuses années, plus

de la moitié de la vie de l'individu, elle n'en existe pas moins cependant.

Certainement quelques auteurs ont voulu voir dans les légères modifications de l'ichtyose, modifications saisonnières principalement, une évolution. A ce propos Unna prétend, « qu'elle guérit quelquefois pendant les fièvres « intenses, qu'elle est même curable, si on la traite de « bonne heure et convenablement, et il ajoute que si, « pendant qu'elle est à l'état latent ou à l'état d'acalmie, il « survient dans l'ichtyose une poussée aiguë, une aggrava- « tion, les signes de l'inflammation, éclatent alors manifestement. » Mais la plupart des dermatologistes font de l'ichtyose une difformité congénitale sans évolution.

Avant de comparer les lésions anatomopathologiques de l'ichtyose et celles de la kératose pilaire, nous voudrions rapporter ici l'opinion de M. Sabouraud sur les dissemblances qui séparent ces deux affections (communication orale).

Pour le Dr Sabouraud ces différences sont bien nettes : il considère d'abord l'ichtyose comme étant une affection congénitale, permanente. La kératose au contraire comme une maladie n'évoluant que pendant une partie de l'existence, elle possède un cycle évolutif spécial, c'est d'ailleurs notre opinion.

Tandis que l'ichtyose, à l'exception des plis de flexion, est uniformément répartie sur les régions qu'elle occupe, tandis qu'elle s'attaque à tous les éléments de la peau, qu'elle se rencontre surtout chez les cachectiques et les

d'générés, et que se montrant sensible au froid elle se modifie selon les saisons, les éléments de la kératose au contraire sont dispersés et disséminés sur les régions qu'elle occupe du moins au début. Elle n'altère que le follicule pileux et ses lésions sont intra-folliculaires ou immédiatement périfolliculaires, enfin elle se manifeste souvent chez les individus les mieux constitués et les mieux portants. Quant aux influences des saisons sur son évolution ou son intensité elles seraient sensiblement nulles.

Sabouraud loin de faire de la kératose une affection assimilable comme évolution et comme nature à l'ichthyose, lui voit au contraire des traits de ressemblance avec l'acné, affection que personne ne pensera proche de l'ichthyose.

Non pas que Sabouraud, pense que l'acné et la kératose soient deux affections de même famille, ni qu'elles doivent évoluer forcément sur le même terrain. Il ne les compare que d'après le mode du processus anatomopathologique. Ces deux affections auraient toutes deux la même époque de début, c'est-à-dire la jeunesse et le moment de la puberté, pour suivre une évolution identique. Enfin, quand la kératose pileuse s'établit en un follicule, on peut y voir survenir une inflammation qu'on ne retrouve pas dans l'ichthyose et qui semble indiquer une infiltration microbienne, analogue à celle qui existe dans le comédon et qui aboutit même quelquefois à une inflammation furonculaire.

Unna compare les altérations du follicule obstrué par les cellules et transformé en kyste pileux au comédon,

Tout en faisant remarquer que ces kystes sont bien différents du comédon « ils contiennent presque toujours « des poils, relativement peu de substance cornée ; la « disparition de cette substance n'est même pas celle des « masses si régulières de substances que l'on trouve dans « l'acné. Ici cette substance est mélangée sans ordre à des « poils détachés libres. Point de graisse ou presque pas, le « kyste n'a pas de rapports, ne communique pas avec une « glande sébacée. On trouve ces dernières atrophiées presque méconnaissables, point de tête du comédon, point « de parasites du comédon (*demodex follicularum*). Ces « kystes ne suppurent jamais. Ceux du comédon toujours « ou souvent. »

Se baser sur l'anatomie pathologique pour une distinction nette et précise entre la kératose pileaire et l'ichtchyose serait commettre une erreur ; avec juste raison, Unna constate que nous n'avons pas encore d'histopathologie des dermatoses et cependant il serait à désirer que l'on put baser un diagnostic ferme sur l'histologie et la clinique. Jusqu'à ce jour, dit Unna, au microscope, deux dermatoses différentes en clinique sont semblables, deux dermatoses cliniquement semblables sont dissemblables au microscope. Evidemment quelque chose la clinique ou l'histopathologie, est en défaut et il conclut : voilà l'état déplorable de notre science actuelle relativement aux dermatoses les plus importantes et les plus communes. Ces quelques lignes prises dans la préface de l'ouvrage de

Unna, font bien voir, combien l'anatomie pathologique des dermatoses est encore peu connue.

Nous allons cependant essayer de montrer quels sont les points de dissemblances entre les lésions de l'ichthyose et celles de la kératose.

Dans l'ichthyose les papilles sont hypertrophiées pour la majorité des auteurs, (Fourg, Audry etc.) elles sont au contraire atrophiées, irrégulières dans la kératose. Les lésions du corps muqueux de malpighi sont tellement variables suivant chaque auteur, qu'il est impossible de faire ressortir si les lésions sont identiques, comparables ou tout à fait différentes. Un point caractéristique cependant est la prédominance, la prépondérance des lésions de l'appareil pileux dans la kératose au contraire les poils dans l'ichthyose sont peu lésés les lésions sont ici secondaires ; sur ce point, sauf peut être Unna, qui insiste sur les lésions du follicule pileux de l'ichthyose tous les auteurs sont d'accord.

Quant aux glandes sébacées leurs lésions sont à peu près identiques altérées à peu près de la même manière dans les deux cas.

Les lésions des vaisseaux demanderaient de nouvelles recherches aussi bien dans l'ichthyose que dans la kératose. Dans l'une comme dans l'autre affection on trouve un épiderme épaissi et atrophie, des cellules pauvres en protoplasma ; dans l'ichthyose une augmentation considérable d'éléidine qui manque dans la kératose. On peut donc dire en résumé que ces deux affections semblent se

rapprocher l'une de l'autre tout en ayant des caractères distincts. C'est ce qui a permis au Dr Brocq de faire rentrer l'ichthyose dans les anomalies portant sur tous les éléments constitutifs du derme et de la kératose dans les anomalies portant sur certains éléments constitutifs du derme en particulier l'atrophie lente de l'appareil pilosebaccé. Au point de vue de la pathogénie, Unna fait rentrer la kératose et l'ichthyose dans les inflammations de causes infectieuses. Il fait rentrer dans ce groupe « une série de dermatoses dont l'origine infectieuse est à peu près méconnue, « souvent aussi, non seulement cette origine leur est refusée, mais je puis dire qu'elle n'a pas été démontrée jusqu'ici. Je n'en persiste pas moins à leur accorder cette « origine, sûrement l'avenir me donnera raison ? »

Ainsi donc d'après Unna la kératose pilaire et l'ichthyose aurait un même point de départ, une infection.





CHAPITRE V

OBSERVATIONS ET STATISTIQUES

OBSERVATION I (1)

Kératose pilaire rouge de la face et des membres.

Madeline D..., âgé de 40 ans, n'a eu comme antécédents personnels qu'un eczéma, qui a débuté un mois après sa naissance et qui a duré un an et demi. Après sa disparition, il s'est développé aux genoux une éruption que l'on a traité en ville comme du psoriasis par l'huile de cade et l'acide pyrogallique. C'est à l'âge de 3 ou 4 ans que la kératose pilaire a débuté à la figure ; les parents ne se souviennent pas du moment précis où elle a paru sur le corps.

Etat au 24 août 1888. — L'enfant est grande, pour son âge ; elle est un peu pâle, mais elle ne présente aucun des attributs extérieurs de la scrofule ; cependant elle a deux ganglions sous-sterno-mastoïdiens appréciables au toucher. Ses cheveux sont chatain foncé.

(1) Brocq. — Annales dermat. 90. p. 97.

Sur le front, l'éruption forme deux plaques principales symétriques situées au-dessus de la partie interne des sourcils ce sont deux triangles dont la base inférieure répond au sourcils et dont le sommet s'élève jusqu'à la racine des cheveux.

Les éléments éruptifs sont tellement abondants en ces deux points, qu'ils se touchent pour ainsi dire et constituent une sorte de nappe rouge, sur laquelle on voit, quand on regarde avec attention, de toutes petites saillies minuscules de la grosseur d'une fine tête d'aiguille. Ces saillies deviennent surtout apparentes quand on tend la peau et qu'on fait ainsi disparaître la rougeur qui existe sur ces plaques. Cette rougeur paraît être tout simplement érythémateuse. Il est impossible de voir de dilatations vasculaires à l'œil nu ; elle est assez peu marquée d'un rose pâle, mais elle s'exagère beaucoup dès qu'on exerce le moindre frottement.

Sur presque tout le front, entre ces deux plaques principales et entre les deux sourcils, se voient çà et là disséminés les éléments initiaux de la maladie ; ils sont constitués par de toutes petites saillies acuminées ou légèrement arrondies en forme de dôme à leur sommet, non colorées, c'est à dire de la même teinte que les téguments voisins, et ayant le plus souvent à leur centre un poil de duvet, mais pour certaine d'entre elles il est impossible de constater cette particularité, de telle sorte que l'on peut croire que le poil est détruit en ces points. Elles ne portent pas de squames à leur sommet, et ce n'est que chez quelques-unes que le grattage peut en décéler des vestiges.

Elles ne prennent jamais un grand développement, on les voit commencer sous la forme de petits points blanchâtres, minuscules, un peu brillants à leur sommet, peu saillants, non squameux ; puis elles deviennent de plus en plus volumineuses

et restent en cet état ; la plupart ont les dimensions d'une fine tête d'aiguille. Il n'y en que quelques-unes fort rares, ça et là disséminées, qui aient les dimensions d'une petite d'épingle. A mesure qu'on se rapproche des plaques, on voit ces papules devenir de plus en plus nombreuses ; elles finissent par se grouper, par se toucher, pour ainsi dire, et dès lors, elles prennent une coloration rouge, ainsi que les tégument voisins.

Sur les parties latérales des joues, la lésion n'a pas toujours le même aspect. On y retrouve les petites saillies exemplaires dont nous venons de parler, fort nombreuses, serrées les unes à côté des autres, disposées suivant deux vastes nappes symétriques qui occupent toute l'étendue des parties latérales des joues, mais la rougeur des régions malades est beaucoup plus vive qu'au front, il s'y est produit de fines telangectasies. Ce nouvel élément, dont la rougeur purement érythémateuse des plaques frontales, est peut-être la première phase, est surtout marquée à huit millimètres environ en avant de l'oreille. En ce point, les saillies acuminées sont bien moins accentuées que vers la partie antérieure des joues, où elles atteignent, par places, des dimensions relativement assez fortes, sont nettement rouges, et simulent jusqu'à un certain point de toutes petites papules acnéiques. Quelques unes de ces saillies disséminées dépassent le rebord de la mâchoire et empiètent sur le cou. On en retrouve également quelques unes sur le bord libre de l'oreille, surtout du côté gauche.

Il y a quelques squames pityriasiques dans le cuir chevelu, mais les cheveux ne tombent pas. Il n'y a pas d'alopécie. A la lèvre supérieure et sur les paupières se voient quelques verrues planes. Il y en a de fort nombreuses à la main gauche.

Sur la face postérieure du bras, il existe une grande quan-

tité de petites papules rouges ou rosées surmontées pour la plupart d'une fine squame, quand on les gratte on fait sortir parfois de leur centre un poil enroulé et atrophié ; par places, le poil a complètement disparu. Ces petites papules sont nettement séparées les unes des autres, elles sont surtout marquées vers le tiers moyen de la face postérieure du bras. Par places, elles semblent manquer, ou tout au moins elles sont moins bien colorées et font peu ou point de saillie. Vers les faces latérales des bras, elles sont bien moins nombreuses et quelques unes n'y sont pas colorées.

La peau intermédiaire aux papules est sèche, xerodermique; elle est légèrement colorée en rose à la face postérieure du bras là où les papules sont les plus nombreuses.

Sur les faces externes et postérieures des avant-bras, on retrouve les mêmes lésions, mais beaucoup plus rares et plus disséminées.

Les jambes sont couvertes d'éléments de kératose pileaire ; peu sailants, d'une coloration rose bistre ou sale, mais s'effaçant toujours par la pression ou la tension des téguments. Ils sont surtout nombreux à la partie inférieure de la jambe, à la partie externe et postérieure des mollets. Les cuisses, à leur partie antérieure et externe, présentent les mêmes lésions ; partout où elles existent les poils sont ou complètement atrophiés, ou grêles et déformés ou coupés au ras de la peau, de telle sorte qu'ils apparaissent comme un point noir central.

A la partie antérieure de l'aiselle droite, se trouvent deux petites plaques ressemblant tout à fait à du psoriasis et en partie excoriées. Elles sont d'un rouge pâle, et sont recouvertes de squames blanchâtres qui deviennent plus évidentes par le grattage et finissent par se détacher avec assez de difficulté, en laissant

une surface rouge vernissée, non hémorrhagique. Il existe une autre petite plaque semblable à la partie antérieure de l'aisselle gauche.

A la partie antérieure des genoux, vers les tendons rotuliens, se trouvent des plaques irrégulières au niveau desquelles la peau est épaissie xérodermique, quadrillée de plis surtout transversaux. Les follicules pileux y font des saillies cornées ; par le grattage, on y fait apparaître une grande quantité de squames blanches, nacrées, assez semblables à celles du psoriasis et au-dessus desquelles on trouve une surface rouge vernissée, et cependant, il est impossible d'affirmer, par les caractères objectifs seuls, que l'on soit en présence bien réellement, d'éléments nets de psoriasis.

L'enfant porte une autre plaque semblable vers la nuque, au cuir chevelu. Le père de la malade est arthritique. Il est atteint d'alopecie avec squames pityriasiques abondantes ; il ne présente que quelques éléments de kératose pileaire blanche et rouge à la partie postérieure du bras et des avant-bras.

Vers le commencement de janvier 1889, l'éruption papuleuse circumpilaire s'est montrée à la partie supérieure du menton, dans le pli qui le sépare de la lèvre inférieure, région qui jusque là avait été indemne ; les petites papules, au nombre de huit à dix, étaient isolées, blanches, et il n'y avait pas encore de rougeur phérophérique.

En même temps les plis du coude ont été atteints d'une sorte d'eczéma lichenoïde. Le 21 février 1889, lorsque cette petite malade a été présentée aux médecins de l'hôpital Saint-Louis, l'état de la face était fortement amélioré. On ne pouvait plus distinguer que par un examen fort attentif les grains pileaires des joues et du menton.

Malgré le traitement, le menton semble encore vouloir se prendre de temps en temps, cependant il est en bon état, c'est à peine si on aperçoit autour de quelques follicules, un aspect un peu ansérin de la peau.

Les parties latérales des joues vont bien également, on y retrouve néanmoins encore du granité pilaire, et surtout des télangiectasies fort nettes, quoiqu'un peu moins accentuées qu'au début du traitement.

La maladie est très rebelle au front, quoiqu'elle soit considérablement diminuée. On y voit toujours en certains points, surtout entre les sourcils, quelques grains pilaires isolés. Au niveau des deux plaques principales, un examen quelque peu attentif, fait encore reconnaître une grande quantité de granité pilaire minuscule, enfin, quoique la rougeur y ait diminuée, elle y est encore fort appréciable surtout après le moindre frottement. Il n'y a pas d'alapécie sourcilière nettement accusée.

OBSERVATION II

Kératose pilaire rouge de la face et du corps des plus accentuée.

Le 30 août 1888 M. Brocq (1) voit en ville une jeune femme de 25 ans environ, blonde, nerveuse, dyspeptique, atteinte de constipation habituelle et de troubles utérins, mais ne présentant pas d'attributs extérieur évidents de la scrofule. Sa constitution me paraît surtout appartenir au type arthritique nerveuse légè-

(1) Brocq. Annales dermat 90. p. 100.

rement entaché de lymphatisme. Elle fait depuis longtemps abus de thé et de liqueurs, se serre dans un corset et est très sujette aux congestions du visage.

L'affection cutanée pour laquelle elle me consulte a débuté dans son jeune âge : elle se l'est toujours connue.

La peau est sèche xérodermique. Elle est littéralement couverte à la partie postérieure des bras et des avant-bras d'une innombrable quantité de petites papules rouges de la grosseur d'une tête d'épingle, isolées les unes des autres mais fort rapprochées et paraissant occuper tous les follicules pileux. Elles font une saillie notable et donnent tout à fait à la main la sensation de râpe, elles portent pour la plupart à leur sommet une petite squame blanche, il est possible de faire sortir de plusieurs d'entre elles par le grattage un poil enroulé et atrophié. Beaucoup n'ont plus de vestige de poil central.

Ces éléments dont le volume varie de celui d'une grosse à une fine tête d'épingle se rencontrent également en abondance sur les parties latérales des bras ; mais ils diminuent de nombre à mesure que l'on approche de la face antérieure, au niveau de laquelle il n'en existe que peu ou point, leur coloration rouge diminue à mesure qu'ils sont plus isolés.

A la partie postérieure des bras cette coloration est au contraire fort marquée et les segments intermédiaires aux papules sont eux aussi d'un rouge assez vif. Cette teinte des papules et des segments disparaît complètement par la pression.

Les jambes et les cuisses sont couvertes dans leur totalité des mêmes papules rouges qui y sont plus ou moins saillantes selon les régions. Les lésions sont tellement accentuées que ma première impression est qu'il s'agit de toute autre chose que d'une simple kératose pileaire.

On les retrouve également sur toute la partie postérieure des épaules, sur les parties latérales du tronc et sur les fesses. A la figure, l'éruption affecte une disposition absolument symétrique, la malade a fort bien remarqué qu'elle continue à s'y développer d'une manière très lente, presque insensible, mais constamment progressive. Elle est constituée par deux éléments. 1° Ce sont d'abord de petites papules sèches, acuminées presque blanches à peine rosées, de la grosseur d'une tête d'aiguille, donnant à un toucher très superficiel la sensation d'une râpe. Elles sont disposées de la manière suivante : elles forment deux groupes confluent triangulaires, à base inférieure à sommet supérieur, sur le front, au-dessus des sourcils et un petit groupe entre les deux sourcils ; les éléments isolés sont disséminés çà et là sur le front au voisinage de ces plaques.

Sur les parties latérales des joues, en avant des oreilles, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, de sa branche transversale sauf au menton lui-même, et sur les parties voisines du cou se trouvent deux vastes plaques symétriques, autour desquelles de nombreux éléments isolés empiètent sur la partie antérieure des joues et sur les parties latérales et antérieures de la région voisine du cou. Les grains pilaires au niveau des plaques, là où ils sont tellement rapprochés qu'ils se touchent, sont petits minuscules, bien réguliers, à la périphérie des plaques au contraire, ils sont plus irréguliers, et quelques-uns atteignent çà et là le volume d'une petite tête d'épingle.

2° Partout où les petits éléments papuleux sont serrés les uns contre les autres et en quelque sorte confluent, il existe une rougeur, diffuse de la peau disparaissant par la pression du doigt et donnant de loin à l'œil l'impression de taches rouges fort accentuées. Elle est surtout marquée au-dessus des sourcils

où elle forme avec le grain pileaire deux plaques triangulaires érythémateuses, et sur les parties latérales des joues où elle a une teinte un peu violacée et s'accompagne de dilatations vasculaires telangiectasiques fort nombreuses visibles à l'œil nu.

Le système pileux semble être conservé sur tous les points malades de la figure.

OBSERVATION III

Kéralose pileaire rouge assez accentuée de la face avec prédominance de l'élément vasculaire

Le 4 février 1889, M. Brocq (1) est consulté pour un jeune lycéen de quatorze ans, blond, de bonne santé apparente, chez lequel s'est graduellement développé, depuis l'âge de trois ou quatre ans, l'affection suivante.

A la face elle est localisée aux sourcils, un peu à la région frontale sus-sourcilière et aux parties latérales des joues, en avant des oreilles elle est parfaitement symétrique.

Aux sourcils, elle est surtout constituée, par une sorte de nappe rouge qui occupe principalement le tiers interne du sourcil et de la région frontale avoisinante dans une étendue de un centimètre de largeur environ sur deux centimètres et demi de longueur. Les éléments y sont d'un rose assez vif, et cette teinte disparaît par la pression. Ils y sont de plus comme œdématiés et ils y forment une sorte de bourrelet. Les bords de ces deux

(1) Brocq. Annales Dermat., 1890, p. 140.

Cels

plaques symétriques sont assez mal délimitées. En regardant avec attention leur surface, on voit qu'elles sont criblées de petites saillies acumminées des plus fines, concentrées par un poil. Quelques-unes de ces petites saillies lichenoïdes sont isolées et disséminées sur la peau normale, au-delà des limites des plaques rouges, mais elles y sont en fort petit nombre ; par contre il y en a quelques-unes à la région intersouciilière vers la racine du nez. En somme bien que l'on retrouve aux plaques des sourcils les deux éléments de la maladie, c'est bien évidemment ici l'élément érythémateux et congestif qui l'emporte. Les sourcils semblent être moins fournis qu'à l'état normal.

Les plaques des joues forment deux bandes irrégulières, de contour de deux à quatre centimètres de large, symétriquement situées en avant des oreilles et à la partie inférieure de la tempe en avant du cuir chevelu ; elles descendent de là jusqu'à l'angle de la mâchoire en devenant de moins en moins marquées. Leur limites, du côté de la partie moyenne des joues, sont peu précises, elles sont assez nettes au contraire du côté des oreilles. Ces plaques sont surtout constituées par un élément érythémateux et télangiectasiques des plus nets, car les varicosités sont visibles à l'œil nu, ce qui leur donne une teinte d'un rouge violacé un peu livide. En y regardant de très près, on y retrouve aussi l'élément lichenoïde, mais presque effacé en certains points. Il y a fort peu de petites papules isolées à la périphérie de la plaque. Il y en a au contraire quelques-unes, à leur début, sans élément érythémateux, au-dessus du menton sur la ligne médiane.

A la partie postérieure des avant-bras et bras, à la partie inférieure des jambes et des cuisses il y a de la kératose pileaire rouge mais peu abondante.

OBSERVATION IV.

Kératose pileire faciale au début.

Pierre D..., âgé de cinq ans, frère de la petite malade qui fait le sujet de l'observation I, présente l'affection qui nous occupe tout à fait à son début, et c'est en cela que cette observation malgré sa brièveté paraît être des plus importantes. Les cheveux sont chatain clair.

Il y a quelques mois à peine que les parents se sont aperçus de l'apparition sur la figure de petits boutons secs. Il est examiné le 1^{er} septembre 1888. La kératose pileire est caractérisée chez lui par de toutes petites papules minuscules, de la grosseur d'une tête d'aiguille formées autour des follicules pileux, traversées par un poil de duvet non atrophié, blanches ou à peine rosées, bien isolées les unes des autres et sans la moindre rougeur périphérique. Par le grattage, on peut développer de fines squames à leur sommet. Elles siègent symétriquement à la partie supérieure et interne des sourcils et sur les parties latérales des joues. Au-dessous des yeux se trouvent quelques dilatations vasculaires, à la partie postérieure des bras il y a un peu de kératose pileire blanche et rouge.

Sous l'influence du traitement par les savonnages au savon noir et à l'acide salicylique et à l'acide tartrique la maladie a pour ainsi dire complètement disparu, mais quand on cesse la médication, de petites papules tendent à reparaitre.

OBSERVATION V (1)

Kératose pilaire rouge faciale assez accentuée

La malade est une jeune fille de dix-sept ans. qui est atteinte de kératose pilaire rouge de la face depuis deux ou trois ans à peine. Sur les membres au contraire elle croit en avoir eu toujours quelque peu ou moins à la partie postérieure des bras. Mais elle fort explicite sur ce point que la face n'a commencée à être envahie que vers l'âge de quatorze à quinze ans.

Au-dessus des sourcils, empiétant sur le front dans une étendue d'un centimètre environ, au niveau des deux tiers internes des sourcils, et un peu dans l'espace intersourcilier, se voit une teinte d'un rouge assez vif, sur laquelle on peut distinguer des dilatations vasculaires et de toutes petites saillies pilaires à peine marquées. Les sourcils tombent depuis le début de l'affection et ils sont déjà très clairessemés, dans toutes leur partie interne il ne reste plus que quelques poils de duvet et de gros poils volumineux blanchâtres à leur point d'implantation un peu colorés à leur partie médiane.

Sur les joues il y a un début de couperose variqueuse ; sur les parties latérales des joues un peu en avant des oreilles existent des varicosités vasculaires fort accentuées ; on retrouve en ces derniers points de toutes petites papules circumpilaires, formant un granité. La malade présente de plus une desquamation pityriasique assez abondante du cuir chevelu et un certain

(1) Brocq annales 90 p. 112.

état xérodermique du visage, les cheveux ne tombent pas d'une manière alarmante. ce qui semble le mieux lui réussir pour son affection du visage c'est les vaseline boriquée.

OBSERVATION VI (1)

Kératose pileaire rouge des sourcils à évolution cicatricielle

La malade est une femme de 40 ans environ, c'est la mère de la jeune fille de l'observation V. A l'âge de quinze ans elle a été atteinte aux deux sourcils et à l'espace intersourcilier de la même affection que sa fille. Elle affirme de la manière la plus catégorique que c'était la même maladie, et que cette maladie a évolué chez elle au début comme elle évolue en ce moment chez son enfant. Malgré tout ce qu'elle a pu faire, le mal est allé en s'aggravant d'une manière fort lente, mais constante. Une séance de scarifications qui lui aurait été faite en 1879 aurait contribué à en précipiter la marche.

Le 14 octobre 1889. — L'affection se présente sous la forme de deux plaques, parfaitement symétriques siégeant aux deux tiers internes des sourcils et empiétant un peu sur les parties voisines du front.

Leur aspect est cicatriciel, leur centre est d'un rose un peu blanchâtre, lisse, absolument glabre, mais ne semble pas épaissi la périphérie est d'un rouge un peu plus vif, paraît-être plus congestionné, plus tuméfié et présente ça et là quelques points et

(1) Brocq (Annales dermat. 90, p. 113).

quelques tractus blanchâtres ; on y retrouve encore, vers le bord inférieur quelques poils isolés assez volumineux, dirigés dans toutes les directions. A la queue des sourcils les poils semblent être raréfiés, mais ils n'ont pas subi le même processus atrophique qu'à la partie interne.

La lésion dans son ensemble ressemble à un lupus érythémateux et les cicatrices rappellent assez celles de cette affection.

Sur les parties latérales des joues, il y a des télangiectasies mais pas de papules circumpilaires.

A la partie postérieure des bras et des avant-bras et sur les membres inférieurs se trouvent des éléments de kératose pileuse blanche et rouge.

La mère de la malade ne présentait aucune lésion cutanée rappelant celle de sa fille ou de sa petite fille.

OBSERVATION VII

Kératose pileuse assez peu marquée de la face

Le malade est un homme de trente-cinq ans environ, blond, de bonne constitution apparente. Il est atteint de l'affection pour laquelle il vient consulter depuis fort longtemps. Il ne se souvient pas de l'époque du début. Il ne croit pas qu'elle augmente.

Il présente aux deux sourcils une rougeur assez vive formant deux taches symétriques. Quant on écarte les poils, on voit la peau rouge vif, parsemée çà et là de petites taches blanches punetiformes d'aspect cicatriciel. Elle est recouverte par de toutes petites papules, presque imperceptibles, acuminées, très

serrées les unes à côté des autres et pour la plupart centrées par un poil. Les sourcils qui sont d'un blond clair ne sont plus aussi fournis qu'ils l'étaient.

La zone rouge a une largeur de un centimètre à un centimètre et demi ; elle occupe tout l'arc sourcilier et empiète même un peu sur les parties voisines. Entre les deux sourcils se voient quelques rougeurs et quelques varicosités. Il en existe de fort marquées, mais sans grain pileaire net sur les parties latérales des joues et des tempes.

La partie postérieure des bras porte de la kératose pileaire rouge et blanche assez abondante, on en retrouve sur les jambes et les cuisses.

OBSERVATION VIII

Kératose pileaire rouge de la face et des membres (personnelle)

Huit ans, atteint de fracture, présente une kératose rouge accentuée de la face et des membres. Il est couché au n° 13 de la salle Giraldes, à l'hôpital des enfants malades.

A la face de nombreuses papules, de la grosseur d'une tête d'aiguille, situées au niveau des follicules pileux, et entourées de coloration rouge violacée, forment par leur assemblage deux bandes. L'une verticale partant de l'angle de la mâchoire inférieure remonte en avant de l'oreille, l'autre oblique, partant du même point se dirige vers la pommette. Une bande transversale

(1) Brocq. — Annales, 1890, p. 114.

rejoint les deux sommets des bandes précédentes; et dans l'intervalle de ces trois bandes, on trouve quelques éléments plus disséminés. Ces éléments donnent à toute la joue une couleur rouge violacée et un aspect finement granité.

Les mêmes lésions se trouvent à la partie interne des sourcils et forment une bande triangulaire remontant sur le front. Vers la queue des sourcils, les poils sont grêles et espacés, quelques-uns cassés et repliés sur eux-mêmes. La surface de la peau à ce niveau présente un fin granité rouge, formé par des papules analogues à celles que nous avons vues sur les joues. Une bande de même nature, mais moins accentuée en couleur s'étend de l'angle de la mâchoire vers le cou derrière l'oreille. Les oreilles sont légèrement atteintes.

Au bras nous trouvons à la partie postéro externe du bras, la peau rude au toucher, rouge de couleur et pâissant momentanément à la pression. On y trouve de petites élévures, un peu plus volumineuses que celles que nous avons observées à la face du volume d'une tête d'épingle. Quelques-unes sont surmontées d'une légère squame, surtout à la partie postéro externe de l'avant-bras où elles sont plus disséminées que sur le bras. Si on gratte légèrement avec l'ongle de manière à faire tomber la squame, on voit paraître un poil fin et replié sur lui-même.

Aux jambes et à la partie antéro externe on retrouve les mêmes éléments qu'aux bras; mais plus espacés et un peu moins foncés en couleur. Dans le cuir chevelu quelques squames fines et sèches. Les cheveux sont fins.

Nous n'avons remarqué chez le malade aucune trace d'ichthyose pas plus que de scrofule.

Le père de cet enfant est inconnu. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur la mère.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Kératose rouge de la face et des membres.

Enfant de 7 ans 1/2, couché au n° 31, salle Giraldis, hôpital des enfants malades. Présente à la face une série de petites papules rouges rosées, blanchissant à la pression; donnant à la peau un aspect granité; très proches les unes des autres, de la grosseur d'une tête d'aiguille. Elles s'étendent par leur confluence en une nappe allongée et irrégulière allant de l'angle du maxillaire inférieur vers la région temporale. Les mêmes éléments se rencontrent au niveau de la queue des sourcils. Ceux-ci sont plus grêles et plus disséminés qu'à l'état normal. Nous remarquons en outre la même teinte rouge aux sourcils quoique plus pâle qu'en avant de l'oreille.

Si on examine la région postéro-externe des bras, on y remarque des éléments de la grosseur d'une tête d'épingle. Au niveau des follicules pileux un peu disséminés on trouve une légère teinte rouge, la peau y est rude et sèche au toucher, au grattage on enlève quelques petites squames qui laissent apparaître quelques poils enroulés en 8 de chiffre comme s'il avaient été repliés sur eux-mêmes sous la squame.

Nous n'avons remarqué aucune trace d'ichthyose chez ce petit malade.

(OBSERVATION X (Personnelle).

Kératose pileaire rouge accentuée des membres et de la face.

Marcel B..., 6 ans 1½, habitant Châtillon.

Sa mère est kératosique d'une intensité moyenne. Son père n'a rien d'anormal.

Son frère blond, à cheveux gris, n'a aucune lésion cutanée.

Pas d'ichthyose dans la famille. L'enfant a été toujours bien portant.

Les cheveux sont blonds secs, peu fournis sur les côtés, on voit une légère desquamation pityriasique du cuir chevelu.

Sur le front sont de petits éléments saillants, de la grosseur d'une tête d'aiguille, rouges, presque confluent, surtout sur les deux bandes rouges qu'ils forment par leur réunion s'élevant de la pointe interne du sourcil vers le front, s'étendant sur les côtés au-dessus des sourcils; tout le front est criblé de ces petits éléments plus ou moins disséminés sur le reste de son étendue. Le grattage effectué sur ces éléments fait détacher une petite squame, laissant libre un poil très atrophié et très recourbé sur lui-même.

Les sourcils sont fortement atteints sur leur totalité; à la partie externe ils commencent à se dénuder. On trouve également quelques éléments à la région intersourcilière.

Aux joues une vaste nappe rouge foncée et granitée est formée par la confluence des éléments. Sur l'oreille et en arrière on trouve également quelques éléments.

Au-dessus des lèvres supérieures et au niveau de la lèvre

du menton, quelques éléments rouges et disséminés se font remarquer.

Les mêmes éléments mais plus volumineux, de la grosseur d'une tête d'épingle, également rouges et à poil atrophié se voient sur la partie antéro-externe et interne de l'avant-bras, plus accentués sur la partie externe. Pas d'éléments sur la face antérieure, de même sur la partie postéro-externe du bras.

Aux jambes, sur la partie postérieure des mollets, on voit quelques éléments de kératose blanche, mêlés de quelques éléments rouges. De même à la face externe des cuisses. Ces éléments se retrouvent sur les fesses jusqu'au niveau de la crête iliaque.

OBSERVATION XI (personnelle)

Ichthyose et Kératose

Erequet, 58 ans, examiné à la consultation de l'hospice Larochefoucauld.

Son grand père parternel était ichthyosique.

Ne connaît pas d'autres cas semblables dans sa famille.

Marié, a eu trois enfants dont deux sont morts à trois jours. Un seul resté vivant, ayant actuellement 27 ans, n'a pas d'ichthyose.

Le sujet n'a jamais eu de maladie, sauf un eczéma variqueux de la jambe qu'il soigne actuellement. Il travaille toujours debout.

Il s'est toujours connu une peau sèche écailleuse, avec recrudescence de la sécheresse, l'hiver.

Cet aspect est bien marqué aux membres supérieurs et inférieurs surtout du côté de l'extension, avec intégrité des plis articulaires.

Un peu de sécheresse à la paume des mains, à la plante des pieds.

Sur le tronc, quelques squames sèches, en avant et en haut sur la poitrine, de même au niveau des fesses. Ces squames se détachent difficilement.

A la face rien d'anormal.

Le cuir chevelu présente quelques squames pityriasiformes sur toute son étendue.

A la partie postérieure des bras, quelques grains de kératose pilaire rouge en évolution, quelques autres dont le poil est complètement détruit, sont en partie cicatrisés; de même aux jambes on trouve quelques éléments de kératose pilaire rouge et blanches à grosses papules du volume d'une tête d'épingle plutôt forte, les poils sont presque tous fortement atrophiés, une petite squame surmonte chaque follicule pileux.

A l'examen des autres organes, cœur, foie, poumon, rien d'anormal.

Ce malade ne s'est jamais soigné pour l'état de sa peau, et même depuis trois ans il n'a pas pris de bains à cause de son eczéma variqueux.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Ichthyose et kératose

Fillon 40 ans, tailleur d'habits, couché au N° 12 de la salle Parrot, à l'Hôpital Broussais, a eu une grand'mère qui paraîtrait ichthyosique d'après les dires du malade.

Aucun de ses autres parents, ne paraissent avoir eu cette affection.

Amputé de la jambe gauche à la suite d'un accident, a été soigné en 94 pour une bronchite tuberculeuse.

Depuis sa jeunesse, sa peau présente un aspect rude, squameuse surtout au niveau des genoux et des coudes de la partie extérieure des bras et des avants-bras, des cuisses et des jambes

Rien d'anormal sur le tronc et la face.

Une légère desquamation sèche du cuir chevelu dont les cheveux restent abondants, grisonnants, fins et secs.

Sur les cuisses et les bras on remarque quelques éléments de kératose pilaire blanche, avec atrophie et faiblesse du poil au niveau des élevures.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Ichthyose et kératose

Le nommé Wacheul, 53 ans, couché au N° 2 de la salle Parrot à Broussais, a eu à 13 ans une fièvre typhoïde, n'a pas connu ses parents, n'a pas d'enfants.

Atteint il y a trois ans, d'hémiplégie droite, présente sur la face externe des bras, sur les faces antérieures et externes des avant-bras et sur les cuisses, un léger état d'ichthyose caractérisé par quelques squames petites blanches, se détachant au grattage.

Il présente de plus aux mêmes localisations, quelques petites élevures rouges recouvertes d'une squame.

Au grattage, ces squames enlevées, laissent voir au niveau de quelques éléments rouges rosés, un poil atrophié et replié sur lui-même en 8 de chiffre. Ces lésions sont un peu plus accusées du côté hémiplégié.

On ne trouve rien d'anormal à la face, de même que dans le cuir chevelu.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Ichthyose et kératose

Gabriel Dupaux, âgé de 5 ans, examiné à la consultation de l'hôpital St-Louis.

Vient avec sa mère, âgée de 42 ans, asthmatique, présentant sur les bras une légère kératose blanche, n'en présente aucune trace à la face.

Dans les antécédents de cette femme, dit-elle, aucun cas d'ichthyose, pas plus que dans les antécédents du mari.

Elle a eu 6 enfants, dont un seul, le plus jeune, celui que nous examinons, présente un état spécial de la peau.

Cet enfant a eu la coqueluche à un an. Dès sa naissance,

nous dit la mère, il semblait avoir continuellement la chair de poule.

A 2 ans on vit sa peau devenir sèche, squameuse.

Un détail à signaler, l'iris droit est plus foncé d'une façon très notable que le gauche.

La tête est couverte de squames fines, surtout sur le haut de la tête, moins au niveau des tempes.

Ses cheveux sont secs, blonds, fins.

A la face pas de trace de kératose, ni aux sourcils, ni aux joues.

Au cou, la peau est sèche, il y a peu de desquamation, celle-ci s'accuse sur le dos jusqu'au niveau des fesses, sur la poitrine et sur l'abdomen. Sous l'aisselle, la peau est sèche mais non squameuse. Cette desquamation écailleuse devient très nette aux membres supérieurs et inférieurs surtout sur la face de l'extension, s'étend jusque sur la face dorsale de la main, la face palmaire est sèche. Une légère kératose blanche s'observe sur la face postérieure des bras et à la cuisse.

Au niveau des genoux et du cou-de-pied, l'état ichthyosique est très accentué.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Ichthyose et kératose

Le malade a 38 ans, couché au lit n° 14 de la salle Parrot, de Broussais, n'a pas eu connaissance d'état ichthyosique de la peau, soit chez ses parents, soit chez son frère. A un enfant

dont la peau est normale. N'a du reste pas remarqué lui-même l'état particulier de sa peau, état du reste peu accentué et ne présentant que quelques squames blanches sur les bras et les avant-bras, sur les cuisses, mais un peu plus accentué au niveau des grands trochantères.

Ses ongles sont brillants et cassants, le cuir chevelu squameux, les cheveux noirs sont secs et durs.

Rien d'anormal à la face.

Il présente en quelques points des cuisses et des bras une légère kératose blanche, mais très fine, peu accentuée, et dont les éléments sont très disséminés.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Ichthyose légère et Kératose rouge.

Le nommé Thierry, âgé de 60 ans, couché au n° 4 de la salle Parrot à Broussais, photographe, atteint actuellement d'emphyseme et d'artériosclerose a subi, à différentes reprises, des attaques de rhumatisme.

Il présente sur les bras et les avant-bras à la partie externe, les cuisses et les jambes, surtout à la partie antéro-externe, un état particulier de sécheresse de la peau; depuis son plus jeune âge, nous dit le malade, sa peau a le même aspect.

Blanche et brillante elle présente un très léger quadrillage formant des squames complètement adhérentes.

La face est intacte. Au cuir chevelu, légère desquamation pityriasiforme qui a toujours existé. Se connaît seul dans sa

famille comme ayant présenté cet état particulier de la peau.

Il présente en outre, à la face frontale externe, à la partie moyenne des bras quelques éléments papuleux, rudes et rouges, au niveau des poils très atrophiés ressemblant à de la kératose rouge.

Mêmes remarques à la partie antéro-externe et à la jambe.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Kératose blanche et légère Ichthyose.

Au n° 7, de la salle Bouvier, aux Enfants-Malades, est couché un enfant du sexe féminin, âgé de 6 ans.

Elle présente à la partie postéro-externe des bras quelques petites papules très disséminées; faisant saillie sur la peau et surmontées d'une petite squame blanche, qui enlevée laisse apparaître un poil légèrement atrophié. Ces éléments sont très disséminés, peu nombreux et ne présentent pas de trace d'inflammation.

On ne remarque rien d'anormal sur la face de cet enfant, ses cheveux sont blonds, longs, fins et secs.

Aux jambes, sur les cuisses et dans la partie inférieure du tronc on remarque un aspect particulièrement sec de la peau, une série de petites squames blanches, accentuées surtout vers la partie externe des membres inférieurs donnant ainsi un léger aspect ichthyosique, quelques très rares papules, semblables à celles que nous avons remarquées aux bras, sont disséminées çà et là sur la face postéro-externe des cuisses.

OBSERVATION XVIII (personnelle)

56 ans, kératose blanche et ichthyose

La femme couchée lit n° 5 de la salle Gubler à Broussais, âgée de 56 ans, entrée pour un embarras gastrique fébrile, a eu, il y a 40 ans, une paralysie faciale droite, d'origine traumatique et en a gardé une légère parésie.

Elle présente aux jambes un état sec de la peau, celle-ci est blanche brillante et craquelée en écailles de 1½ c. m. adhérentes et plates, rien d'anormal sur le tronc.

Aux bras les mêmes lésions qu'au membre inférieur ; la peau du coude est épaissie dure et fortement craquelée, à la face on ne remarque rien d'anormal.

Ses cheveux sont secs et blonds, le cuir chevelu a toujours eu dit-elle des squames fines, blanches et sèches comme dans l'état actuel.

On remarque quelques éléments de kératose blanche, au niveau de l'épaule et la partie postérieure du bras, elle a eu 3 enfants mais ne peut dire s'ils avaient la peau sèche, ils auraient au contraire une tendance à la sudation des pieds, elle n'a pas connu son père, ayant perdu de bonne heure sa mère, elle ne peut donner de renseignements sur l'état de sa peau, elle ne s'est pas connu de frères ou sœurs.



STATISTIQUES

STATISTIQUES

Aux Enfants-Malades, *Salle Giraldes* : 23 enf. examinés, du sexe masculin,

se divisant en : 14 enfants de 2 ans $1/2$ à 8 ans ;

12 — 8 ans à 15 ans.

Sur les 14 premiers : 6 n'avaient rien ;

5 avaient une simple kératose blanche
des membres.

Sur les 12 derniers : 7 n'avaient rien ;

3 avaient de la kératose blanche ;
2 de la kératose rouge accentuée (obs. XI
et XII).

Sur ces 10 malades kératosiques, 3 seulement tuberculeux.

Aux Enfants-Malades, *salle Bouvier* : 21 malades, sexe féminin,

se divisant en : 9 de 2 à 8 ans ;

12 de 8 à 15 ans.

Sur les 9 premières : 5 n'ont rien ;

4 ont de la kératose blanche.

Sur les 12 dernières : 7 n'ont rien ;

5 ont de la kératose rouge.

Aux Enfants-Malades : 32 enfants, filles,
se divisant en : 21 enfants de 2 à 8 ans ;
11 — 8 à 12 ans.

Des 21 premiers : 14 n'ont rien ;
6 ont de la kératose blanche, dont une avec
léger état ichthyosique ;
1 de la kératose rouge.

Des 11 derniers : 4 n'ont rien ;
4 ont de la kératose blanche ;
3 ont de la kératose rouge.

Sur ces 14 atteints de kératose, 4 sont tuberculeux.

Résumé. 76 enfants examinés, dont : 41 de 2 à 8 ans ;
35 de 8 à 15 ans.

Pourcentage avant 8 ans : 39 0/0 de kératosiques ;
de 8 à 15 ans : 49 0/0 de kératosiques.

Chez les kératosiques, nous avons trouvé : 29 0/0 de tuberculeux.

A la Clinique Baudeloque, 22 femmes enceintes :

doit : 13 n'ont pas de kératose ;
3 de la kératose blanche ;
2 de la kératose blanche des membres et légère
rouge de la face ;
4 de la kératose rouge.

43 femmes étant accouchées à Baudeloque ;

24 n'ont pas de kératose ;
5 ont de la kératose blanche des membres ;
14 ont de la kératose rouge des membres,

dont : 5 à la face ;

2 (28 et 27 ans), ont des éléments cicatrisés.

18 femmes adultes salle Gubler (hôpital Broussais) ;

7 n'ont pas de kératose ;

2 ont de la kératose blanche des membres ;

4 ont de la kératose rouge des membres et de la face ;

5 (de 56 à 73 ans), ont des cicatrices de kératose.

En résumé, pourcentage :

43 % de femmes kératosiques.

28 hommes, salle Lasegue (Broussais) ;

13 hommes n'ont pas de kératose ;

7 atteints de la kératose blanche ;

8 atteints de kératose rouge des membres.

En résumé, 53, 9 0/0 de kératosiques.

Sur 111 hommes et femmes 48, 5 0/0, de kératosiques.

18 hommes de 49 à 79 ans, examinés à Broussais, salle Hillaret.

3 n'ont pas de kératose ;

5 de la kératose rouge (1 avec état ichthyosique) ;

10 ont des cicatrices de kératoses des membres et de la face.

19 hommes de 38 à 80 ans, salle Parrot à l'hôpital Broussais ;

6 n'ont pas de kératose ;

2 ont de la kératose blanche avec un état ichthyosique ;

3 ont de la kératose rouge dont 2 ont un état ichthyosique ;

8 ont des cicatrices de kératose.

Résumé et pourcentage, 76 0/0 de kératosiques.

19 femmes de 41 à 76 ans, salle Cazalis, à l'hôpital Broussais ;

8 n'ont pas de kératosè ;

11 ont des cicatrices de kératose.

72,7 % de kératosiques anciens.

En résumé chez les vieillards 74 1/2 % de kératosiques anciens ou en évolutions.

En totalité 57,4 %.



CONCLUSIONS

De nos recherches personnelles, des travaux que nous avons pu consulter, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La kératose et l'ichthyose sont deux affections distinctes.

2° La kératose et l'ichthyose peuvent se trouver réunies sur un même sujet.

3° La kératose est beaucoup plus fréquente que l'ichthyose.

4° La kératose a une évolution, l'ichthyose ne semble pas en avoir.

5° La kératose a des localisations bien spéciales au tronc, aux membres, à la face, au cuir chevelu, qui n'existent pas dans l'ichthyose.

6° La kératose est inflammatoire, l'ichthyose ne l'est pas en général.

7° Ces deux affections quoique distinctes ont quelques points de parenté?

8° L'évolution de la kératose semble être retardée par la concomittance de l'ichthyosè.

Vu : Le Président de la Thèse,

Vu : Le Doyen, A. FOURNIER.
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Index Bibliographique

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abibert.** — Traité des dermatoses, tome II, 1832.
- Audry** (de Toulouse). — Annales de dermat. 1893, p. 385 et 559.
- Auspitz.** — Archives für dermatologie und syphil. 1869.
- Brocq.** — Annales dermatologie, 1889, p. 339.
- — — — — 1890. Relations de kératose
— pileaire avec diverses dermatoses.
- Annales dermatologie, 1890, p. 25, notes pour servir à
l'histoire de la kératose pileaire, p. 97, 234 et suiv.
- Annales dermatologie, 1892. Alopecie kératosique.
- Brocq et Jacquet.** — Dermatologie, tome II, p. 32 et suivantes.
- E. Besnier.** — Annales dermatologie, 1889, p. 710.
- Traduction du traité des maladies de peau de
Kaposi (appendice), édition II, 1891, p. 69 à 75.
- Campel.** — Traité des maladies de l'enfance, p. 119.
- Chatelain.** — Traité iconographique des maladies de peau, p.
228 et 244.
- Cornil et Ranvier.** — Histologie pathologique, tome II, p. 798.
- Darier.** — Analyse critique des travaux de Unna. Annales derm.
1896, p. 116.
- Boyon.** — Annales dermatologie, 1889, p. 841. Trad. de Ténzer.
- Duhring.** — Maladies de peau. Traduction de Barthélemy, 1883,
p. 465 et 463 (note 1).
- Fourgs.** — Thèse de Paris, 1880.
- Tilbury Fox.** — Britisch médical journal, 24 mai 1879.
- Gauja.** — Thèse de Paris 1894.
- Giovannini.** — Annales dermat. 1896, p. 423.
- Guibout.** — Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de
peau Paris 79.

Hardy. — Leçons sur les maladies de peau. Paris 1860.

Hardy. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie tome XVIII. 3. 305.

Hardy. — Lichen pileaire. Traité pratique et descriptif des maladies de la peau 1896. p. 840

Hebra. — Traité des maladies de peau traduit par Doyon. Tome I 1872 et tome II 1878.

Hyde. — Pratical treatise an diseases of. the. skin 1888.

Jamieson. — Maladies de la peau 1889 p. 380. 381.

Kaposi. — Traduction. E. Besnier et Doyon, leçons sur les maladies de la peau p. 100. I. II. 1881.

Kaposi. — Annales dermat. 1895. p. 689.

Lallier. — Leçons sur l'ichthyose, annales dermat. 1869.

Lemoine. — Ichthyose anserine. Annales de dermat. I et III, p. 274. p. 343, 1882.

Mac Call. Anderson. — A. traité an. diseases of. the skin 1887. p. 365.

Méneau. — Société de dermatologie séance du 14 juin 1894.

Méneau. — 4^e édition maladies de peau. 1880. p. 321.

Sabouraud. — Annales dermat. 1892. p. 756.

Taenzer. — Monatshefte für praktische dermatologie №2 p. 197 1^{er} mars 89.

Thibierge. — Dictionnaire Dechambre tome XV. ichthyose p. 360 et suivantes.

Thibierge. Annales dermat. 1892 p. 406, traduction Tommasoli.

Tommasoli. — Annales dermatologie 1895 p. 538 et suivantes.

Unna. — Traduction anglaise par Neuman Walker d'Edimbourg.

— Edimbourg. F. clay. 18 Twiot, place 1896 the histopathology. Of the diseases, of the skin.

Vidal. — Annales dermatologie 1889. p. 711.

Erasmus Wilson. 1876. Lectures an dermatology delivered in the royal collège of surgeon of Eugland in 1876, 77, 78. p. 227.

Paris. — Imp. Henri JOUVE, 15, rue Racine.

